



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 DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPENDENCIA
FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL RICARDO CRUZADO RIVAROLA DE NAZCA - 2026**

Presentado por:

CAJO QUISPE CYNTHIA KATHERINE

ESTUDIANTE del nivel de **PREGRADO** de la Facultad de **MEDICINA HUMANA DAC**. El resultado obtenido es **4%** 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, 04 de marzo del 2026

Universidad Nacional "San Luis Gonzaga"
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Dr. LUIS E. CUROTTO PALOMINO

Director de la Unidad de Investigación (e)
**DIRECTOR DE LA UNIDAD DE INVESTIGACION
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DAC**

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



TESIS

**FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPENDENCIA
FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL RICARDO CRUZADO RIVAROLA DE NAZCA - 2026**

Línea de investigación

SALUD PÚBLICA Y CONSERVACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE.

PARA OPTAR EL TÍTULO DE PROFESIONAL MEDICO CIRUJANO

AUTORA:

CYNTHIA KATHERINE CAJO QUISPE

ASESOR:

DR. MONTENEGRO GUERRA MARTIN JOSE

ICA – PERÚ

2026

Dedicatoria

A mi abuelo Paulino, mi fuente de inspiración y sabiduría. Aunque ya no estés físicamente conmigo, tu espíritu y amor continúan guiándome en cada paso de este camino largo, tus palabras de aliento y tus consejos sabios fueron mi brújula en este viaje académico, tu apoyo incondicional y tu fe en mí, han sido un impulso constante para alcanzar mis metas.

Agradecimiento

A mis padres quienes han apoyado para llegar a esta instancia de mis estudios ya que ellos siempre han estado presentes para apoyarme moral y psicológicamente también le dedico a mi hija quien ha sido mi mayor motivación para nunca rendirme en los estudios y poder llegar a ser el ejemplo para ella.

INDICE

	Pag
Portada.	
Dedicatoria	II
Agradecimiento	III
Índice de contenido	IV
Índice de tablas	V
Índice de figuras	VI
Resumen	VIII
Abstract	IX
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA	20
III. RESULTADOS	24
IV. DISCUSIÓN	31
V. CONCLUSIONES	38
VI. RECOMENDACIONES	39
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
VIII. ANEXOS	45

Lista de tablas

N°	Tabla	Pág
Tabla 1	Factores demográficos, sociales y epidemiológicos en adultos mayores con discapacidad funcional atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026	24
Tabla 2	Factores de riesgo demográficos asociados a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026	26
Tabla 3	Factores de riesgo sociales asociados a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026	27
Tabla 4	Factores de riesgo epidemiológicos asociados a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026	28

Lista de figuras

Figura 1. Los factores de riesgo demográficos: edad asociada a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026	55
Figura 2. Los factores de riesgo demográficos: sexo, asociado a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026	55
Figura 3. Factores de riesgo demográficos: procedencia asociada a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026	56
Figura 4. Factores de riesgo sociales: grado de instrucción, asociado a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026	56
Figura 5. Factores de riesgo sociales: estado civil asociado a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026	57
Figura 6. Factores de riesgo epidemiológicos hipertensión arterial, asociado a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026	57
Figura 7. Factores de riesgo epidemiológicos diabetes, asociado a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026	58
Figura 8. Factores de riesgo epidemiológicos: exceso de peso, asociado a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026	58
Figura 9. Factores de riesgo epidemiológicos: Caídas con fractura asociado a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026	59

Figura 10. Factores de riesgo epidemiológicos: Demencia senil, asociado a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026	59
Figura 11. Factores de riesgo epidemiológicos: Percepción de soledad, asociado a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026	60
Figura 12. Factores de riesgo epidemiológicos: Condición económica, asociado a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026	60
Figura 13. Factores de riesgo epidemiológicos: consumo de alcohol, asociado a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026	61
Figura 14. Factores de riesgo epidemiológicos: consumo de tabaco asociado a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026	61

Resumen

Objetivo. Identificar los factores de riesgo asociados a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026. Metodología. Investigación no experimental, prospectiva y analítica. Nivel relacional, en una población de 198 adultos mayores de donde se obtuvo una muestra de estudio de 131 adultos mayores. Se utilizó el Test de Barthel para determinar la dependencia funcional. Resultado: Los pacientes con edades mayores tienen mayor probabilidad de tener dependencia funcional de mayor severidad con $p=0,000$, el sexo masculino tiene mayormente dependencia funcional severa respecto a las mujeres con valor de $p=0,000$, los que proceden de zonas rurales tienen mayor probabilidad de tener mayor dependencia funcional $p=0,003$. Los que tienen bajo grado de instrucción tienen mayor dependencia funcional que los que tienen grado de instrucción superior $p=0,023$, Los solteros, separados o viudos tienen mayor dependencia funcional que los casados o convivientes con $p=0,000$. Los hipertensos y diabéticos tienen mayor probabilidad de tener mayor dependencia funcional que los pacientes que no sufren de estas comorbilidades con $p=0,019$ y $0,015$ respectivamente. Los que tienen bajo peso u sobrepeso tienen mas posibilidad de tener mayor dependencia funcional que los normopesos $p=0,007$, los pacientes que tuvieron fracturas por caídas tienen mas riesgo de tener mayor dependencia funcional que los que no tienen fracturas $p=0,000$. Los pacientes con demencia senil o con mayor percepción de soledad social tienen mas probabilidad de tener dependencia funcional de mayor severidad $p=0,005$ y $0,019$ respectivamente. Los adultos mayores de bajos recursos económicos tienen mas riesgo de tener mayor dependencia funcional que los que son de clase media $p=0,015$ y los que consume tabaco están asociados a una mayor probabilidad de tener dependencia funcional severa $p=0,038$. Conclusiones. Los factores de riesgo demográficos, sociales y epidemiológicos están asociados a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026

Palabras clave: Factores, riesgo, asociados, dependencia, funcional, adultos, mayores.

Abstract

Objective: To identify the risk factors associated with functional disability in older adults treated at Ricardo Cruzado Rivarola Hospital in Nazca – 2026. **Methodology:** A non-experimental, prospective, and analytical study. Relational level, conducted in a population of 198 older adults, from which a study sample of 131 older adults was obtained. The Barthel Index was used to determine functional dependence. **Results:** Older patients had a higher probability of presenting more severe functional dependence ($p = 0.000$). Male sex was more frequently associated with severe functional dependence compared to females ($p = 0.000$). Individuals from rural areas had a higher probability of greater functional dependence ($p = 0.003$). Those with a low level of education had greater functional dependence than those with higher education ($p = 0.023$). Single, separated, or widowed individuals showed greater functional dependence compared to married or cohabiting individuals ($p = 0.000$). Patients with hypertension and diabetes had a higher probability of greater functional dependence compared to those without these comorbidities ($p = 0.019$ and $p = 0.015$, respectively). Underweight and overweight individuals had a higher likelihood of greater functional dependence compared to those with normal weight ($p = 0.007$). Patients who had fractures due to falls had a higher risk of greater functional dependence than those without fractures ($p = 0.000$). Patients with senile dementia or a higher perception of social loneliness had a greater probability of more severe functional dependence ($p = 0.005$ and $p = 0.019$, respectively). Older adults with low economic resources had a higher risk of greater functional dependence compared to those from the middle socioeconomic class ($p = 0.015$), and tobacco use was associated with a higher probability of severe functional dependence ($p = 0.038$). **Conclusions:** Demographic, social, and epidemiological risk factors are associated with functional disability in older adults treated at Ricardo Cruzado Rivarola Hospital in Nazca – 2026.

Keywords: Factors, risk, associated, functional dependence, older adults.

I.- INTRODUCCIÓN

Planteamiento del problema

La OMS estima que aproximadamente el 16% de la población mundial vive con algún tipo de discapacidad. En el grupo de adultos mayores (60 años o más), esta cifra aumenta significativamente. Se calcula que entre un 20% y un 40% de los adultos mayores a nivel global reportan tener dificultades significativas en su funcionamiento diario (incluyendo problemas de movilidad, visión, audición y cognición que impactan en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)¹.

La prevalencia de una discapacidad funcional severa, definida como la necesidad de ayuda para realizar al menos una Actividad Básica de la Vida Diaria (ABVD), es menor, pero aumenta exponencialmente con la edad. Se estima a los 60-69 años es alrededor del 5-10%. Y a los 80 años y más, la cifra se dispara a más del 30-50% en muchos países².

La probabilidad de tener una discapacidad funcional se duplica o triplica con cada década de vida después de los 60 años, además, las mujeres tienden a reportar mayores tasas de discapacidad que los hombres, en parte porque viven más tiempo³. además de que síndrome de fragilidad que se presentan en mayor frecuencia en los pacientes ancianos involucra múltiples sistemas fisiológicos, donde hay reducción en la velocidad al caminar y en la fuerza de prensión manual, pérdida de peso involuntaria, disminución de la actividad física y sensación persistente de baja energía o fatiga, este estado clínico incrementa significativamente la probabilidad de que la persona afectada desarrolle discapacidad, dependencia funcional y, en última instancia, un mayor riesgo de mortalidad⁴.

Prevalencia en América Latina y el Caribe las cifras suelen ser más altas que en países de altos ingresos debido a mayores tasas de enfermedades crónicas no controladas y desigualdades en el acceso a la salud, los estudios en América Latina indican que entre el 25% y el 50% de los adultos mayores de 60 años tienen dificultad para realizar al menos una (AIVD)^{5,6}.

La prevalencia de dificultad en al menos una (ABVD) se sitúa en un rango del 10% al 25% para la población mayor de 60 años, aumentando también de forma muy marcada en los grupos de mayor edad⁷.

En Perú, la fuente oficial es el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), principalmente a través de la Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad (ENEDIS) y la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG). Según la ENEDIS 2022, el 11.8% de la población de 60 años a más tiene alguna discapacidad⁸.

Los datos del INEI también revelan que aproximadamente el 28.5% de los adultos mayores con discapacidad requieren de la ayuda de otra persona para realizar sus actividades diarias. Si extrapolamos esto a la población total de adultos mayores, significa que alrededor de un 3-4%

del total de adultos mayores en Perú tienen un nivel de dependencia severa, aunque esta cifra puede ser mayor en la práctica clínica⁹, y, si agregamos el síndrome de fragilidad que en Latinoamérica y el Caribe es de 19,6% y en nuestro país oscila entre un 7,7% y un 27,8%, lo que agrava aun más la situación de dependencia funcional del adulto mayor peruano¹⁰.

Es por ello que enfocamos este estudio en un grupo de pacientes que no solo sufren del abandono familiar y social, también se manifiesta en los aspectos de investigación, y este estudio prioriza a este grupo de pacientes que se verán beneficiados con los resultados que vislumbrarán importantes aspectos de utilidad para los profesionales de la salud que orientarán sus esfuerzos en mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

2.1.1. Antecedentes

Internacionales

Takele, MD, et al¹¹. Discapacidad funcional y factores relacionados en adultos mayores de la comunidad de Gondar Town, Etiopía: análisis transversal comunitario, 2024. Este trabajo tuvo como finalidad determinar tanto la frecuencia como los factores vinculados a la discapacidad funcional en las actividades cotidianas de la población mayor. Métodos: Se llevó a cabo un estudio transversal en la comunidad, que incluyó la participación de 607 personas de 60 años o más. En cuanto a los hallazgos, se detectó que el 34,5% de los adultos mayores presentaba algún grado de discapacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria. Además, se identificó una relación significativa entre la discapacidad funcional y tener 80 años o más (AOR = 2,41; IC: 1,41–4,10), la presencia de multimorbilidad (AOR = 2,97; IC: 1,92–4,60), síntomas depresivos (AOR = 2,97; IC: 1,63–5,40), así como un nivel bajo de actividad física (AOR = 3,31; IC: 2,11–5,17). Conclusiones y sugerencias: Pertenecer al grupo etario de 80 años o superior se asocia con una mayor probabilidad de discapacidad tanto en actividades básicas como instrumentales de la vida diaria.

Inés Paz C¹². Relación entre la capacidad funcional, la dinámica familiar y la fragilidad en adultos mayores con riesgo cardiovascular en el suroccidente de Colombia, 2024. Objetivo: El presente estudio tuvo como propósito caracterizar desde una perspectiva sociodemográfica, clínica, funcional y relacional, los elementos asociados a la fragilidad en adultos mayores que presentan riesgo cardiovascular en esta región colombiana. Materiales y métodos: Se llevó a cabo una investigación de tipo observacional, transversal y analítica. Resultados: Un total de 293 personas mayores participaron, siendo las mujeres el grupo predominante (69,6%), y la edad media fue de $71,23 \pm 7,38$ años. El análisis mostró que el 77,1% de los individuos era independiente en la realización de actividades básicas de la vida diaria, mientras que el 56,3% mantenía autonomía en actividades instrumentales, observándose mayor independencia en los

varones. La condición de prefragilidad se registró en el 71,1% de las mujeres frente al 43,8% de los hombres. El examen bivariado evidenció una asociación entre la presencia de fragilidad y factores como el sexo, edad, estado civil, nivel de escolaridad, ocupación, perímetro de la pantorrilla, desempeño funcional, capacidad instrumental y el contexto de funcionalidad familiar. Por otro lado, el análisis multivariado identificó una prevalencia del 55% de fragilidad o prefragilidad en el grupo femenino. Conclusiones: Se observó que la categoría de prefragilidad fue la más frecuente entre los participantes; además, tanto la dependencia como la fragilidad fueron más notorias en las mujeres, lo que pone de manifiesto la importancia de desarrollar estrategias preventivas y adoptar un enfoque de intervención que considere diferencias de género

Sandoval-Valdez D¹³. Factores que inciden en el deterioro funcional de adultos mayores que sobrevivieron a la COVID-19 y fueron hospitalizados en un hospital de tercer nivel en México durante 2024. Objetivo: El propósito de este estudio fue analizar la relación entre diversas variables y la aparición de dependencia funcional en personas mayores que atravesaron una infección por COVID-19. Material y métodos: Se empleó un diseño de cohorte ambispectiva, considerando a 158 pacientes de al menos 65 años de edad que requirieron hospitalización por cuadros moderados o graves de COVID-19. El deterioro funcional se determinó mediante una reducción de 10 puntos o más en el índice de Barthel. Resultados: Se encontró que el 46,2% de los sujetos experimentó una pérdida significativa de funcionalidad. Entre los factores que mostraron asociación con este resultado se identificaron la edad igual o superior a 73 años (RM = 2,53) y la presencia de enfermedad renal crónica (RM = 4,57). Conclusión: Los hallazgos evidencian que, más allá del alto riesgo de mortalidad en la fase aguda, la infección por COVID-19 en adultos mayores se asocia también a una elevada probabilidad de deterioro funcional tras el alta hospitalaria.

Aguilar Fernández E¹⁴. Factores vinculados a la discapacidad en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria en habitantes costarricenses de 60 años o más. Objetivo: La investigación tuvo como meta identificar aquellos elementos que se relacionan con la aparición de discapacidad tanto en actividades cotidianas fundamentales como en las instrumentales entre adultos mayores de 60 años. Métodos: Se realizó un análisis con la participación de 2.238 individuos pertenecientes a este grupo etario. Resultados: En el ámbito de las actividades básicas, los principales factores asociados fueron la experiencia de dolor, la inactividad física y la existencia de enfermedades crónicas. Respecto a las actividades instrumentales, resultaron determinantes tanto la realización de actividad física como la percepción negativa de la propia salud y la presencia de dolor. Además, se observó que condiciones de salud como la diabetes

inciden en ambas dimensiones funcionales, tanto básicas como instrumentales. Conclusiones: El dolor, la ausencia de ejercicio regular, la autoevaluación desfavorable de la salud y otros factores sociodemográficos emergen como causas relevantes de dificultades funcionales, las cuales repercuten negativamente en la calidad de vida de la población mayor de 60 años.

Lurdes Predebon M¹⁵. Funcionalidad global y elementos relacionados en personas mayores beneficiarias de Atención Domiciliaria dentro de la Atención Básica en Brasil durante 2021. Objetivo: El objetivo central de este estudio fue examinar la relación entre la funcionalidad global y los principales sistemas funcionales, así como las variables sociodemográficas en la población adulta mayor. Método: Se desarrolló una investigación de tipo transversal que incluyó a 124 adultos mayores. Resultados: Se observó que el 46% de los participantes presentaba algún grado de dependencia, ya fuera moderada, grave o total, en la realización de actividades básicas cotidianas. El análisis multivariado reveló una asociación significativa entre la dependencia moderada/grave/total en dichas actividades y la disminución cognitiva ($p=0,021$). Asimismo, la dependencia respecto a las actividades instrumentales mostró relación con la edad igual o superior a 80 años ($p=0,006$), el estado civil soltero o divorciado ($p=0,013$) y la presencia de deterioro cognitivo ($p=0,001$). Conclusión: Los datos ponen de manifiesto que tanto el deterioro de las capacidades cognitivas como la reducción de la movilidad se asocian con una peor funcionalidad, afectando tanto las actividades básicas como las instrumentales de la vida diaria en este grupo etario.

Vázquez Martínez V¹⁶. Factores de riesgo vinculados a la discapacidad en personas que sufrieron un accidente cerebrovascular en la región noreste de México: análisis retrospectivo transversal realizado en 2023. Objetivo: El estudio se propuso identificar los elementos que incrementan la probabilidad de desarrollar discapacidad en individuos con antecedente de accidente cerebrovascular (ACV). Diseño: Se llevó a cabo una investigación de tipo observacional, retrospectiva y transversal, abarcando un total de 344 participantes, de los cuales 198 eran hombres y 146 mujeres. Para la evaluación del grado de discapacidad, se empleó el índice de Barthel (IB). Resultados: Entre los factores que demostraron una asociación significativa con la presencia de discapacidad, destaca la edad ($OR=1,03$; IC 1,01-1,05). Además, el sobrepeso mostró una odds ratio de 1,81 (IC 1,03-3,1), mientras que la obesidad se vinculó a un riesgo creciente según su gravedad: obesidad grado I ($OR=2,74$; IC 1,46-5,1), obesidad grado II ($OR=4,38$; IC 1,44-13) y obesidad grado III ($OR=9,99$; IC 2,12-47). El número de comorbilidades también resultó un factor determinante, incrementando la probabilidad de discapacidad al tener una comorbilidad ($OR=2,80$; IC 1,22-6,4), dos ($OR=3,43$; IC 1,37-8,5), tres ($OR=2,71$; IC 1,01-7,3) y hasta cinco comorbilidades ($OR=3,17$; IC 1,01-9,9).

Conclusiones: Los resultados subrayan que tanto la edad avanzada como el exceso de peso corporal y la acumulación de comorbilidades representan factores de riesgo clave para la aparición de discapacidad en personas que han experimentado un ACV.

Gómez Ramírez E¹⁷. Condiciones de salud relacionadas con discapacidad en personas mayores participantes en un programa de actividad física en Colombia, año 2021. Objetivo: La finalidad principal de este trabajo fue identificar cuáles enfermedades crónicas de salud se encuentran asociadas al surgimiento de discapacidad en la población adulta mayor. Métodos: Para ello, se llevó a cabo un estudio de corte transversal en el que participaron 322 adultos mayores seleccionados mediante un muestreo aleatorio estratificado proporcional. Resultados: En la muestra, el 90,4 % correspondía a mujeres y la mediana de edad se situó en 70 años. Se registró una media de discapacidad global de $9,39 \pm 10,2$ puntos. El componente de movilidad alcanzó el valor promedio más alto con $13,80 \pm 17,79$ (en una escala de 0 a 100). Entre las enfermedades, la hipertensión arterial resultó ser la más frecuente. Aquellos adultos que experimentaron embolias presentaron el mayor grado de discapacidad (18,395), seguidos por quienes informaron alguna alteración mental (14,15 %). El dominio denominado “participación” fue el que mostró mayor relevancia estadística, viéndose especialmente comprometido en quienes padecían diabetes, infartos, embolia cerebral, artritis, osteoporosis o cataratas. Conclusiones: Se constató la presencia de enfermedades crónicas que afectan los sistemas cardiovascular, pulmonar y músculo-esquelético; sin embargo, en la mayoría de los casos, los niveles de discapacidad reportados fueron bajos.

Mejía M¹⁸. Alta prevalencia de discapacidad en la población mayor de 60 años en 15 departamentos de Honduras, año 2021. Objetivo: Este estudio tuvo como propósito cuantificar la frecuencia de discapacidad y explorar los factores asociados en personas adultas mayores residentes en Honduras. Métodos: Se llevó a cabo un estudio transversal descriptivo que incluyó un análisis de asociación. Para la recopilación de datos, se realizó una búsqueda activa considerando como participantes a 50 personas de al menos 60 años de edad por departamento. Resultados: El total de personas incluidas fue de 5,126, de las cuales 3,017 (58,9 %) eran mujeres, con una edad promedio de 73,6 años (rango entre 60 y 106 años). La prevalencia de discapacidad ascendió al 51,2 % (2,627 de 5,126 individuos), predominando la discapacidad de grado leve en 1,893 casos (72,1 % del total con discapacidad). Se identificó que las estructuras anatómicas vinculadas al movimiento (75,5 %) y las funciones esqueléticas (72,6 %) presentaban mayor afectación. En cuanto a las limitaciones más reportadas, destacaron las dificultades para desplazarse (93,4 %) y las restricciones para destinar recursos económicos propios o familiares al cuidado de la salud (86,8 %). Conclusión: Los datos sugieren que ser

mujer, tener más de 70 años, contar únicamente con estudios primarios, así como la presencia de enfermedades crónicas, antecedentes de traumatismos, accidentes o episodios de violencia, constituyen posibles factores asociados al desarrollo de discapacidad; todos estos factores presentaron asociaciones estadísticamente significativas ($p < 0,01$).

Nacionales

Mescua Mucha, M¹⁹. Deterioro cognitivo y variables asociadas a la dependencia funcional en adultos mayores residentes en Huancayo, 2021. El objetivo central de este estudio fue analizar la relación entre el deterioro cognitivo y diversos factores vinculados a la dependencia funcional instrumental en personas de edad avanzada. Se empleó un diseño analítico de tipo transversal, en el que se encuestó a una muestra de 110 adultos mayores. En los resultados, el análisis multivariado evidenció que la dependencia funcional para la realización de actividades instrumentales de la vida diaria se asoció significativamente con una edad más avanzada (RPa: 1,05; IC95%: 1,02-1,08; valor $p=0,002$) y con antecedentes de hospitalización (RPa: 1,57; IC95%: 1,01-2,15; valor $p=0,046$). En conclusión, el estudio demostró la existencia de un vínculo entre el deterioro cognitivo de tipo moderado o severo y la presencia de dependencia funcional instrumental en adultos mayores, siendo la edad, la hospitalización previa y el padecimiento de enfermedades crónicas factores que incrementan la probabilidad de dependencia en esta población.

Gálvez J²⁰. Dependencia funcional en adultos mayores diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 en Lima, Perú, 2021. El objetivo fundamental de esta investigación consistió en establecer la prevalencia de dependencia funcional en pacientes de edad avanzada con diagnóstico confirmado de diabetes mellitus tipo 2. Se optó por un diseño transversal para la recolección de datos. En cuanto a los resultados, la media de edad de los participantes fue de $77,5 \pm 8$ años. En lo referente a los niveles de dependencia funcional identificados, se halló que 9 pacientes (3,3 %) presentaban dependencia total, 5 (1,9 %) dependencia severa, 154 (57,0 %) dependencia moderada y 33 (12,2 %) dependencia baja, mientras que 69 individuos (25,6 %) no mostraron dependencia alguna. Al analizar los factores asociados, el grupo etario comprendido entre 83 y 100 años se identificó como un factor independiente que incrementa la probabilidad de dependencia funcional (OR=2,64; IC 95 %: 1,071-6,510). En síntesis, el 73,4 % de la población evaluada exhibió algún grado de dependencia funcional, destacando el hecho de que pertenecer al rango de 83 a 100 años representa un factor independiente asociado a la presencia de dicha condición.

Reátegui W²¹. Discapacidad funcional en pacientes con diagnóstico de fibromialgia atendidos en un hospital de Lima, Perú, 2023. Metodología: Se desarrolló una serie de casos de diseño transversal, utilizando datos secundarios correspondientes a 126 personas diagnosticadas con fibromialgia. Resultados: La mediana de edad fue de 53,5 años (RIC: 46-60); la cohorte estuvo compuesta mayoritariamente por mujeres (122 participantes). Asimismo, se observó que 42 pacientes (33,33 %) presentaban síntomas depresivos y que 76 individuos (60,32 %) manifestaban algún grado de discapacidad funcional. El análisis multivariado reveló que la presencia de depresión constituye un factor de riesgo independiente para desarrollar discapacidad funcional, incluso tras controlar variables como diabetes, coexistencia de tres o más comorbilidades, intensidad de la fatiga y otros síntomas relacionados [OR: 3,09 (1,24 – 7,70); p=0,015]. Conclusión: El estudio establece que la depresión actúa como un factor independiente asociado al desarrollo de discapacidad funcional en pacientes que padecen fibromialgia.

Palomino Zenitagoya, J²². Factores vinculados al desarrollo de discapacidad en adultos mayores peruanos: análisis secundario a partir de la ENAHO 2022. Objetivo: Identificar los elementos que se asocian al padecimiento de discapacidad entre adultos mayores en el Perú. Metodología: Se implementó un estudio observacional de carácter retrospectivo, cuantitativo, analítico y transversal, utilizando como base una muestra compuesta por 18,429 personas adultas mayores. Resultados: Se detectó que ciertos factores sociodemográficos guardan relación con la presencia de discapacidad funcional: la edad (RP 2,762; p < 0,001), el género (RP 1,238; p = 0,276), el estado civil (RP 1,166; p = 0,033), el lugar de procedencia (RP 1,164; p = 0,076) y el tipo de vivienda (RP 0,522; p = 0,513). Dentro de los factores culturales, se identificaron el nivel educativo alcanzado (RP 1,171; p = 0,112) y la capacidad de alfabetización (RP 2,063; p = 0,005) como variables asociadas. Además, en el ámbito patológico, el hecho de presentar una enfermedad crónica mostró una asociación significativa con la discapacidad (RP 2,645; p = 0,013). Conclusiones: El análisis realizado demuestra que existen diversos factores relacionados con la discapacidad en adultos mayores peruanos, resultado que fue determinado a través de la aplicación de la prueba no paramétrica de Spearman (p = 0,004).

Hernández-Pedraza MA²³. Capacidad funcional en personas adultas mayores residentes de un albergue en Lima-Sur. Cuidado y Salud Pública Perú 2021. Objetivo: El propósito de este trabajo fue establecer el nivel de capacidad funcional en adultos mayores. Materiales y métodos: La investigación adoptó un enfoque cuantitativo, empleando un diseño descriptivo y transversal. Se incluyeron 115 participantes en la población de estudio. Para la recolección de datos se aplicó la técnica de encuesta, y se utilizó el Índice de Barthel como instrumento de evaluación

de la capacidad funcional. Resultados: La edad media de los sujetos evaluados fue de 79 años. En cuanto a la variable sexo, predominó el masculino, representando el 55,7 % de la muestra (n=64). En lo referido a la capacidad funcional, se observó que el grupo más numeroso correspondió a quienes mantenían independencia (40,9 %; n=47), seguido por aquellos con dependencia total (32,2 %; n=37). Conclusión: El análisis mostró que la mayoría de los adultos mayores evaluados presentaba un nivel de independencia funcional, situándose a continuación, en orden de frecuencia, los grados de dependencia total, dependencia leve, dependencia severa y dependencia moderada.

Locales

Muñante-Garcia, D²⁴. Factores que influyen en la capacidad funcional de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santiago, Ica 2023. El objetivo principal fue identificar los factores que guardan relación con la capacidad funcional en la población adulta mayor. Metodología: Se llevó a cabo una investigación cuantitativa de tipo transversal, con un nivel correlacional y diseño no experimental, que incluyó una muestra conformada por 157 adultos mayores. Resultados: Entre los factores sociodemográficos que demostraron estar asociados se encuentran la edad (p=0.000), el nivel educativo (p=0.021) y el nivel económico (p=0.030). En cuanto a los aspectos clínicos, se detectó asociación significativa con el estado cognitivo (p=0.000), estado nutricional (p=0.000), presencia de comorbilidades (p=0.015), existencia de depresión (p=0.005), antecedentes de 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 prensión manual (p=0.000), discapacidad visual (p=0.003) y pérdida auditiva (p=0.001). Conclusión: Se confirma la existencia de factores tanto sociodemográficos como clínicos que están vinculados significativamente con la capacidad funcional en adultos mayores, con valores de significancia estadística $p < 0.05$

Bendezú-Sarcines C²⁵. Bloque 1 re-sintetizado: Condicionantes del estado de salud relacionados con el estilo de vida y la capacidad funcional en adultos mayores que reciben atención en una microred de salud de Ica, Perú (2022). Objetivo: El propósito fundamental fue establecer cuáles son los determinantes de salud vinculados al estilo de vida y la capacidad funcional en adultos mayores que acuden a servicios de salud. Materiales y Métodos: Se trató de una investigación cuantitativa de tipo descriptivo y corte transversal, en la que participaron 94 personas adultas mayores. Como herramientas para la recolección de información se emplearon el Cuestionario de condicionantes de salud y el Índice de Barthel, que mide la autonomía en las actividades básicas de la vida diaria. Resultados: El grupo encuestado estuvo constituido por 94 adultos mayores, predominando la franja etaria de 60 a 68 años (n=80; 85%). El sexo femenino fue el

más representado (n=74; 79%), al igual que el estado civil casado (n=40; 43%) y aquellos con estudios secundarios (n=66; 70%). La gran mayoría tenía hijos (n=86; 91%) y vivía junto a su cónyuge (n=40; 43%). Respecto a la capacidad funcional evaluada a través de las actividades básicas, se halló que la independencia fue el resultado más frecuente (n=67; 72%), seguido de dependencia leve (n=22; 23%), moderada (n=4; 4%) y grave (n=1; 1%). Conclusiones: Se concluye que los determinantes del estilo de vida en este grupo de adultos mayores resultaron ser favorables, y en lo referente a la capacidad funcional, la mayoría se encontraba en situación de independencia para las actividades básicas de la vida diaria.

Marco teórico

El término adulto mayor se refiere a la etapa del ciclo vital humano que sigue a la adultez y precede al fallecimiento. Aunque la definición cronológica varía, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la mayoría de los países desarrollados establecen el inicio de esta etapa a los 65 años. Sin embargo, más que una edad específica, ser adulto mayor implica un proceso multidimensional de cambios biológicos, psicológicos y sociales asociados al envejecimiento. Es una fase caracterizada por una gran heterogeneidad, donde la edad cronológica a menudo no refleja la edad funcional o biológica de la persona²⁶.

Proceso de Envejecimiento (Senescencia): Es un proceso biológico universal, progresivo e irreversible que conlleva una disminución gradual de las capacidades funcionales y de la reserva fisiológica de los órganos. Esto aumenta la vulnerabilidad del individuo a enfermedades y al estrés ambiental²⁷.

No existe un "adulto mayor típico". Mientras algunos individuos de 80 años mantienen una vida activa e independiente, otros de 65 pueden presentar una fragilidad significativa y múltiples enfermedades crónicas. La trayectoria del envejecimiento está influenciada por la genética, el estilo de vida, el entorno y factores socioeconómicos²⁷.

Cambios Fisiológicos: Se producen cambios en todos los sistemas del cuerpo: Sistema Cardiovascular: Aumento de la rigidez arterial (hipertensión). Sistema Musculoesquelético: Pérdida de masa muscular (sarcopenia) y densidad ósea (osteoporosis). Sistema Nervioso: Enlentecimiento de los reflejos y posibles deterioros cognitivos. Órganos Sensoriales: Disminución de la agudeza visual (presbicia, cataratas) y auditiva (presbiacusia)²⁷.

Pluripatología y Cronicidad: Es común la coexistencia de múltiples enfermedades crónicas (pluripatología), como hipertensión, diabetes, artrosis y enfermedades cardíacas. El manejo de estas condiciones, a menudo con múltiples medicamentos (polifarmacia), es uno de los mayores desafíos de la geriatría²⁸.

Fragilidad: Es un síndrome geriátrico clave, definido como un estado de mayor vulnerabilidad a factores estresantes debido a la disminución de la reserva fisiológica. Un adulto mayor frágil

tiene un alto riesgo de sufrir caídas, hospitalizaciones, discapacidad y muerte ante un evento adverso menor (como una infección leve)²⁸.

Aspectos Psicosociales: Esta etapa conlleva importantes transiciones sociales, como la jubilación, que puede afectar la identidad y la rutina diaria. También es una fase de reflexión, transmisión de conocimientos y, a menudo, de afrontar pérdidas (cónyuge, amigos), lo que puede llevar al aislamiento o la depresión si no se cuenta con un adecuado soporte social y familiar²⁹.

Dependencia funcional en el adulto mayor

La dependencia funcional se define como la incapacidad para realizar, sin ayuda, las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) como bañarse, vestirse, comer, usar el inodoro y moverse, o las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) como comprar, manejar las finanzas, usar el teléfono o preparar la comida. Su fisiopatología es la historia de cómo el cuerpo pierde la capacidad de ejecutar estas tareas complejas³⁰.

Sarcopenia: Es la pérdida de masa, fuerza y función muscular asociada a la edad. Su fisiopatología es central: Con la edad, las motoneuronas de la médula espinal mueren, dejando fibras musculares "huérfanas" que se atrofian. Hay una atrofia selectiva de las fibras musculares tipo II (de contracción rápida), que son cruciales para los movimientos potentes y rápidos necesarios para evitar una caída. Los músculos de los ancianos responden peor a los estímulos de crecimiento (como las proteínas de la dieta y el ejercicio)³¹.

El envejecimiento se asocia a un estado de inflamación crónica de bajo grado. Citoquinas proinflamatorias como la IL-6 y el TNF- α promueven el catabolismo (destrucción) muscular.

Osteoartrosis: La degeneración del cartílago articular, especialmente en rodillas y caderas, genera dolor crónico. El dolor es un potente inhibidor del movimiento. Esto crea un círculo vicioso: el dolor lleva a la inmovilidad, la inmovilidad agrava la sarcopenia, y la sarcopenia debilita el soporte de la articulación, empeorando el dolor³¹.

Eje Neurocognitivo: La función física no es solo músculo; requiere un sistema nervioso que planifique, inicie, coordine y ajuste el movimiento. El envejecimiento afecta las áreas del cerebro responsables del movimiento: Disminuye la velocidad de conducción nerviosa y la sinapsis, lo que se traduce en reflejos más lentos y una menor capacidad para reaccionar a un tropiezo. Hay una degeneración de las células del sistema vestibular (oído interno) y una disminución de la propiocepción (la capacidad de sentir la posición de las articulaciones), lo que lleva a la inestabilidad³².

Deterioro Cognitivo: Es un factor fisiopatológico crucial, especialmente para las AIVD. Fallo de la Función Ejecutiva: La demencia (como el Alzheimer) afecta principalmente al lóbulo frontal, responsable de planificar, secuenciar y ejecutar tareas complejas. Un paciente puede

tener la fuerza para vestirse, pero ha perdido la capacidad cognitiva de recordar los pasos y el orden para hacerlo. Es la incapacidad de realizar movimientos con un propósito a pesar de tener la capacidad física para ello³³.

Depresión y Apatía: No son solo estados de ánimo. Tienen una base neurobiológica (desregulación de neurotransmisores como la serotonina y la dopamina) que se manifiesta como una pérdida de motivación (abulia) y energía (anergia). La apatía puede ser un inhibidor del movimiento tan potente como el dolor físico³³.

Enfermedades como la insuficiencia cardíaca, la EPOC o la enfermedad renal crónica imponen una carga metabólica enorme al cuerpo, desviando la energía de las actividades funcionales y promoviendo un estado catabólico e inflamatorio que agrava la sarcopenia³⁴.

La insuficiencia cardíaca causa fatiga el paciente se mueve menos se agrava la sarcopenia la debilidad aumenta el esfuerzo cardíaco para cualquier movimiento empeora la fatiga³⁴.

Este deterioro progresivo y multisistémico conduce al síndrome de fragilidad. Un adulto mayor frágil tiene sus reservas fisiológicas tan disminuidas que vive en un equilibrio precario³⁴.

La dependencia funcional a menudo se precipita cuando un evento desencadenante agudo impacta sobre este sistema vulnerable:

Una infección (neumonía, ITU).

Una hospitalización (que impone una inmovilización forzada).

Una caída (con o sin fractura).

Un nuevo fármaco con efectos secundarios.

Este evento agota las pocas reservas que quedaban, empujando al paciente "al otro lado del umbral", del cual es extremadamente difícil recuperarse. Se inicia la "cascada de la dependencia", donde una hospitalización lleva al delirium, el delirium a la inmovilidad, la inmovilidad a las úlceras por presión, y así sucesivamente³⁵.

Factores asociados a la dependencia funcional

Edad. La relación se puede resumir de la siguiente manera: a medida que la edad cronológica aumenta, la probabilidad de desarrollar dependencia funcional se incrementa de manera exponencial. No es una relación lineal; el riesgo se acelera notablemente en las edades más avanzadas (mayores de 80-85 años)³⁶.

Cuanta más edad, mayor es la prevalencia de dependencia. Estudios epidemiológicos muestran consistentemente que el porcentaje de personas que necesitan ayuda para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) aumenta drásticamente con cada década de vida después de los 65 años. La prevalencia de dependencia en ABVD puede ser relativamente baja (ej. 5-10%) en el grupo de 65-74 años, pero puede dispararse a más del 40-50% en los mayores de 85 años³⁶.

El salto en la prevalencia de dependencia es mucho mayor entre los 80 y los 90 años que entre los 65 y los 75 años. Esto refleja un punto de inflexión donde las reservas fisiológicas del cuerpo se agotan a un ritmo acelerado³⁶.

Con cada año que pasa, la sarcopenia (pérdida de masa y fuerza muscular) y la osteoporosis (pérdida de densidad ósea) progresan. El sistema nervioso se vuelve más lento, los reflejos disminuyen y el equilibrio se deteriora. La capacidad cardiopulmonar se reduce, llevando a una menor tolerancia al esfuerzo. Estos cambios, aunque graduales, se acumulan hasta que cruzan un umbral crítico donde la capacidad física ya no es suficiente para realizar tareas de forma independiente³⁷.

La edad es el principal factor de riesgo para la mayoría de las enfermedades crónicas que causan discapacidad: artrosis, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), diabetes, enfermedad de Parkinson y, crucialmente, la demencia (como el Alzheimer). La probabilidad de tener dos o más de estas enfermedades (pluripatología) aumenta con la edad. Cada enfermedad añade una capa de déficit funcional, y sus efectos a menudo son sinérgicos, es decir, el impacto combinado es mayor que la suma de sus partes³⁷.

Sexo. Las mujeres viven más años que los hombres, pero tienden a pasar una mayor proporción de esos años adicionales con discapacidad y dependencia funcional. Los hombres, en cambio, tienen una esperanza de vida más corta, pero tienden a mantener su independencia por más tiempo, experimentando un período de dependencia más breve y concentrado justo antes de fallecer³⁸.

A cualquier edad avanzada (por ejemplo, a los 80 años), el porcentaje de mujeres que necesitan ayuda para las Actividades de la Vida Diaria (AVD) es significativamente mayor que el porcentaje de hombres. Las mujeres no solo tienen más probabilidades de volverse dependientes, sino que viven más tiempo en ese estado. Un hombre puede volverse dependiente a los 82 años y fallecer a los 84, mientras que una mujer puede empezar a necesitar ayuda a los 80 y vivir hasta los 90³⁸.

La pérdida acelerada de hueso después de la menopausia las hace mucho más susceptibles a las fracturas por fragilidad (como la de cadera), que son una causa catastrófica y directa de dependencia. Las enfermedades articulares degenerativas, que causan dolor y limitación del movimiento, son más comunes en las mujeres³⁹.

Los hombres tienden a sufrir más enfermedades agudas y letales a edades más tempranas, como el infarto de miocardio o el cáncer de pulmón. Estas condiciones matan más a menudo de lo que discapacitan a largo plazo. Las mujeres tienen una mayor prevalencia de enfermedades crónicas que no son inmediatamente mortales pero que erosionan la función a lo largo del tiempo. Estas incluyen la artritis reumatoide, la artrosis, la osteoporosis, la depresión y la demencia

(especialmente el Alzheimer, que es más prevalente en mujeres, en parte por su mayor longevidad)³⁹.

Grado de instrucción. La relación se puede resumir de la siguiente manera: un mayor grado de instrucción (educación) se asocia consistentemente con un menor riesgo de desarrollar dependencia funcional en la vejez y con un inicio más tardío de la misma. Es un factor protector clave que influye en la salud a lo largo de todo el ciclo vital⁴⁰.

A una misma edad (por ejemplo, 80 años), el porcentaje de adultos mayores con dependencia funcional es significativamente menor en aquellos con educación superior en comparación con aquellos con educación primaria o sin estudios. Las personas con mayor educación tienden a desarrollar discapacidad y dependencia a edades más avanzadas. Es decir, viven más años de vida independiente⁴⁰.

Un mayor nivel educativo generalmente conduce a mejores trabajos, mayores ingresos y una mayor seguridad económica a lo largo de la vida y en la jubilación. Mayores ingresos permiten un mejor acceso a seguros de salud, atención médica de calidad, tratamientos preventivos y rehabilitación. Las personas con más recursos pueden permitirse entornos de vida más seguros y adaptados (ej. eliminar barreras arquitectónicas en casa)⁴¹.

Un paciente con mayor educación es más propenso a adherirse a sus tratamientos, a monitorizar su condición (ej. la glucosa en la diabetes) y a participar activamente en las decisiones sobre su salud. Esto facilita un estilo de vida activo y una dieta saludable, lo que reduce el riesgo de enfermedades crónicas⁴¹.

Estado civil. La relación general es la siguiente: los adultos mayores que están casados o viven en pareja tienden a tener un menor riesgo de desarrollar dependencia funcional y a experimentar una mejor recuperación funcional después de un evento de salud adverso, en comparación con aquellos que son solteros, viudos o divorciados⁴².

Los adultos mayores casados tienen tasas más bajas de dependencia en las Actividades de la Vida Diaria (AVD) en comparación con sus pares no casados de la misma edad y estado de salud. Las personas casadas tienen una probabilidad mucho menor de ser ingresadas en residencias de cuidados a largo plazo. La presencia de un cónyuge a menudo permite que la persona permanezca en su hogar incluso con niveles significativos de discapacidad⁴².

El estado civil no es un factor biológico directo, sino un poderoso indicador del entorno social y de los recursos disponibles para el individuo. La compañía y el apoyo emocional del cónyuge combaten el aislamiento y la depresión, factores que están fuertemente ligados a la apatía y al declive funcional. La pareja puede ser un motivador clave para la rehabilitación⁴².

Aunque la viudez es un factor de riesgo para la dependencia en ambos sexos, su impacto negativo en la salud y la mortalidad es a menudo más agudo y rápido en los hombres, quienes pueden perder su principal (y a veces único) pilar de apoyo social y emocional⁴².

Procedencia. Los adultos mayores que proceden de y residen en zonas rurales tienden a presentar una mayor prevalencia de dependencia funcional y peores resultados de salud en comparación con sus pares de zonas urbanas. La discapacidad y la dependencia tienden a aparecer a edades más tempranas en las zonas rurales. Un adulto mayor rural de 70 años puede tener un estado funcional similar al de un urbano de 75 u 80 años⁴³.

Las zonas rurales a menudo presentan tasas más altas de enfermedades crónicas mal controladas (como hipertensión o diabetes), lo que acelera el daño a los órganos y el consiguiente declive funcional. Los adultos mayores rurales enfrentan largas distancias, falta de transporte público adecuado y costos elevados para acceder a la atención⁴⁴.

Dependiendo de la zona, puede haber exposición a contaminantes ambientales (humo de leña para cocinar, pesticidas) que afectan la salud respiratoria y general. Un adulto mayor en una zona rural enfrenta una "doble carga": el proceso biológico del envejecimiento sumado a un entorno que ofrece menos recursos para prevenir la enfermedad, menos acceso para tratarla cuando aparece y menos apoyo formal para rehabilitar la función perdida⁴⁴.

Diabetes mellitus tipo 2. La diabetes mellitus aumenta significativamente el riesgo de desarrollar dependencia funcional. Un adulto mayor con diabetes tiene entre 1.5 y 2.5 veces más probabilidades de volverse dependiente para las Actividades de la Vida Diaria (AVD) en comparación con una persona no diabética de la misma edad⁴⁵.

Esta asociación se explica porque la diabetes ataca, de forma simultánea y sinérgica, casi todos los sistemas fisiológicos que son cruciales para mantener la independencia. El estado crónico de hiperglucemia y la resistencia a la insulina generan un ambiente tóxico en el cuerpo que acelera el daño a nivel micro y macrovascular⁴⁵.

La diabetes es un potente inductor de la pérdida de masa y fuerza muscular. La insulina no solo regula la glucosa, también es una hormona anabólica (constructora de músculo). En la diabetes, los músculos se vuelven resistentes a su efecto, lo que dificulta la síntesis de proteínas y promueve el catabolismo muscular⁴⁶.

El daño a los nervios de los pies y las piernas causa una pérdida de la sensibilidad y la propiocepción (la capacidad de saber dónde están las articulaciones en el espacio). Sin una correcta información sensorial de los pies, el cerebro no puede hacer los ajustes finos necesarios para mantener el equilibrio. Esto provoca inestabilidad en la marcha y un riesgo de caídas drásticamente elevado. Además, la pérdida de sensibilidad en los pies puede llevar a úlceras (pie diabético) que pueden resultar en amputaciones, una causa catastrófica de dependencia⁴⁶.

Hipertensión arterial. La hipertensión arterial no controlada es un factor de riesgo mayor para el desarrollo de dependencia funcional en la vejez. La asociación se explica porque la presión arterial elevada de forma crónica ejerce un estrés mecánico constante sobre las paredes de las arterias en todo el cuerpo. Este estrés provoca un proceso de remodelado y endurecimiento

arterial (arteriosclerosis) que daña progresivamente los órganos vitales para la independencia: el cerebro, el corazón y los riñones⁴⁷.

La HTA es el principal factor de riesgo modificable para el ACV, tanto isquémico (por obstrucción) como hemorrágico (por ruptura de un vaso). Un ACV puede causar una pérdida catastrófica y súbita de la función, resultando en hemiplejía (parálisis de medio cuerpo), afasia (pérdida del lenguaje), apraxia (incapacidad para realizar movimientos aprendidos) y déficits cognitivos severos. Es una de las principales causas de dependencia total⁴⁷.

El deterioro de la función ejecutiva (planificación, organización, resolución de problemas) afecta directamente la capacidad para realizar las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), como gestionar las finanzas, tomar la medicación o preparar una comida. La HTA es un paso previo a la demencia vascular⁴⁸.

Exceso de peso. En términos generales, el exceso de peso en los adultos mayores es un factor de riesgo significativo para el desarrollo de dependencia funcional. La obesidad actúa a través de dos vías principales y sinérgicas: una carga mecánica directa sobre el sistema musculoesquelético y una carga metabólica indirecta que acelera otras enfermedades crónicas⁴⁹.

Aceleración de la Artrosis (Osteoartritis): Este es el mecanismo más directo e importante. Las articulaciones que soportan peso, especialmente las rodillas y las caderas, están sometidas a un estrés mecánico crónico y excesivo⁴⁹.

Cada kilogramo de peso corporal extra se traduce en 4-6 kilogramos de fuerza adicional sobre la rodilla al caminar. Este estrés acelera el desgaste del cartílago articular, llevando a la artrosis, siendo una de las principales causas de dependencia en las Actividades de la Vida Diaria (AVD)⁴⁹.

El exceso de peso, especialmente la obesidad abdominal, altera la biomecánica de la columna vertebral, aumentando la carga sobre los discos intervertebrales y las articulaciones facetarias, lo que conduce a dolor de espalda crónico y limitación funcional⁵⁰.

El adulto mayor obeso puede tener un peso corporal total elevado, pero una proporción muy baja de ese peso es músculo funcional. La infiltración de grasa en el músculo (mioesteatosis) deteriora aún más la calidad y la función muscular. La obesidad sarcopénica es un predictor de dependencia mucho más potente que la obesidad o la sarcopenia por separado. Estos individuos tienen la "peor combinación posible": la debilidad de la sarcopenia para mover la carga pesada de la obesidad. Tienen un riesgo altísimo de caídas, fragilidad y una capacidad funcional extremadamente baja⁵⁰.

Consumo de alcohol. El alcohol es una neurotoxina. El consumo crónico daña directamente las células cerebrales, especialmente en el cerebelo (control del equilibrio y la coordinación) y los lóbulos frontales (función ejecutiva). Además, interfiere con la absorción de tiamina (Vitamina B1), pudiendo causar el síndrome de Wernicke-Korsakoff, una forma severa de amnesia y

confusión. Esto se traduce en problemas de equilibrio, una marcha inestable (atáxica) y un deterioro de la función ejecutiva. La persona pierde la capacidad de planificar tareas, gestionar sus medicamentos o finanzas, contribuyendo a la dependencia en las Actividades Instrumentales (AIVD) y aumentando masivamente el riesgo de caídas⁵¹.

Consumo de tabaco. Fumar es la principal causa evitable de aterosclerosis. Daña el endotelio, promueve la formación de placas de colesterol, aumenta la coagulación de la sangre y endurece las arterias. Este daño vascular sistémico es la causa raíz de las tres principales enfermedades vasculares que causan dependencia: Causa infartos de miocardio e insuficiencia cardíaca, que limitan drásticamente la capacidad de esfuerzo, provocando fatiga y disnea que impiden las actividades diarias.

Fumar duplica o cuadruplica el riesgo de ACV. Como se ha discutido, un ACV es una causa catastrófica de dependencia severa (parálisis, afasia).

El humo destruye los alvéolos (donde ocurre el intercambio de gases) y causa inflamación crónica de los bronquios. La EPOC provoca una disnea (falta de aire) progresiva e implacable. Inicialmente ocurre con grandes esfuerzos, pero en etapas avanzadas, aparece con actividades mínimas como vestirse, bañarse o incluso comer. El paciente se vuelve dependiente por la incapacidad de realizar cualquier tarea que requiera un mínimo de oxígeno. La hipoxia crónica también afecta la función muscular y cognitiva. Fumar dificulta la cicatrización de heridas y la recuperación postoperatoria, prolongando las estancias hospitalarias y empeorando los resultados funcionales después de una cirugía (por ejemplo, un reemplazo de cadera)⁵².

Formulación del problema

Problema general

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026?

Problemas específicos

¿Cuáles son los factores de riesgo demográficos asociados a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026?

¿Cuáles son los factores de riesgo sociales asociados a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026?

¿Cuáles son los factores de riesgo epidemiológicos asociados a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026?

Justificación e importancia de la investigación

Justificación.

La discapacidad funcional en el adulto mayor trasciende la esfera de la salud individual y se convierte en un profundo problema social. La pérdida de independencia no solo afecta la dignidad y el bienestar emocional del individuo, sino que también genera una carga significativa para las familias y los cuidadores (un rol a menudo asumido por mujeres, perpetuando brechas de género) y aumenta la demanda de servicios sociales y de salud a largo plazo. Esta investigación se justifica porque busca preservar la autonomía y la participación social de los adultos mayores, un grupo poblacional en crecimiento y a menudo vulnerable.

Importancia

Metodológica. La información sobre factores de riesgo para la discapacidad funcional debe basarse en aspectos científicos sólidos, que este estudio pone a disposición de la comunidad científica, pues su desarrollo está sustentado en el método científico que garantiza que los resultados serán veraces y robustos.

Fundamentación teórica. El incremento de la población anciana lleva a revisar los desafíos que este grupo de pacientes enfrentaran en la última etapa de sus vidas, por lo que actualizar datos sobre todo basadas en información local contribuye a una mejor comprensión del problema por parte de los profesionales de la salud.

Fundamentación social. Los adultos mayores son un grupo de edad cada vez mayor, que requiere atención a sus principales necesidades de salud que puedan mejorar su calidad de vida es por ello que esta investigación está orientada a identificar los aspectos que incrementan la probabilidad de que el adulto mayor resulte con distintos grados de discapacidad funcional que merma significativamente su calidad de vida.

Fundamentación práctica. Los resultados de este estudio orientan las decisiones de intervención en salud de los profesionales las que se enfocarán en aspectos relevantes con la finalidad de evitar que la dependencia funcional en el adulto mayor disminuya o se acentúe.

Viabilidad.

Los gastos que se generen en el desarrollo de este estudio estuvieron garantizados por el investigador, además de que se dispuso del tiempo necesario para aplicar las encuestas y obtener

datos suficientes que garanticen resultados veraces. Éticamente fue viable pues las encuestas están validadas y no afectan la salud física ni mental de los participantes.

2.2. Objetivos

Objetivo general

Identificar los factores de riesgo asociados a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026

Objetivos específicos

Identificar los factores de riesgo demográficos asociados a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026

Identificar los factores de riesgo sociales asociados a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026

Identificar los factores de riesgo epidemiológicos asociados a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026

2.3. Hipótesis y variables de la investigación

Hipótesis general

Ha: Los factores de riesgo demográficos, sociales y epidemiológicos están asociados a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026

Hipótesis secundarias

Ha: Los factores de riesgo demográficos edad, sexo, procedencia están asociados a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026

Ha: Los factores de riesgo sociales grado de instrucción, estado civil están asociados a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026

Ha: Los factores de riesgo epidemiológicos hipertensión arterial, diabetes, exceso de peso, Caídas, Demencia senil, Percepción de soledad, Condición económica, consumo de alcohol,

consumo de tabaco están asociados a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026

Variables

Variable dependiente

Dependencia funcional

Variables independientes

Edad

Sexo

Procedencia

Grado de instrucción

Estado civil

Hipertensión arterial

Diabetes

Exceso de peso

Caídas

Demencia senil

Percepción de soledad

Condición económica

Consumo de alcohol

Consumo de tabaco

II.- ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Tipo. Se optó por un enfoque de investigación no experimental, ya que las variables bajo estudio no serán manipuladas. La naturaleza prospectiva del trabajo se justifica porque la recolección de la información se realizó de manera contemporánea al fenómeno investigado. Asimismo, se clasifica como un estudio analítico debido a que examina la relación entre dos variables específicas.

Nivel: Relacional

Diseño. Comparativo.

Población. Estuvo determinado por los adultos mayores que acuden al Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca a quienes se les aplicará el test de Barthel que son 198 adultos mayores atendidos en el mes de enero del 2026.

Criterios de inclusión

Adulto mayor que acude al Hospital de Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca

Adulto mayor que de su consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Paciente con serio deterioro de la conciencia y del sistema nervioso como sufrir de Alzheimer.

Paciente con Insuficiencia renal terminal

Paciente con accidente cerebrovascular.

Paciente desnutrido

Muestra.

$$N = \frac{Z^2 P Q N}{E^2 (N-1) + Z^2 P Q}$$

Donde:

n	=	Tamaño de muestra
N	=	Población= 198
Z	=	Nivel de confianza (95% = 1.96)
E	=	Error permitido (5%)
p	=	Proporción que incrementa el tamaño de la muestra 0.5

$$q = 1-p = 0.5$$

$n = 131$ adultos mayores

Muestreo. La selección de la muestra se realizó de manera aleatoria, eligiendo al azar a los pacientes adultos mayores que acuden al Hospital en busca de atención médica.

Unidad de muestreo. Paciente adulto mayor

Marco muestral. Todos los pacientes adultos mayores que acuden al Hospital de Nazca en busca de atención médica.

Unidad de información. Paciente adulto mayor.

Técnica de recolección de datos.

La obtención de los datos se llevó a cabo abordando al paciente en el momento de su ingreso al hospital, aprovechando el tiempo de espera previo a ser atendido. En este contexto, se empleó la encuesta como técnica principal de recolección, asegurando en todo momento que el participante haya otorgado previamente su consentimiento informado.

Instrumentos.

Para mediar la variable dependiente se empleó el test de Barthel⁵³.

Nombre Completo	Índice de Barthel de Actividades de la Vida Diaria (AVD).
Autores Originales	Florence Mahoney y Dorothea Barthel.
Año de Publicación	1965.
Objetivo Principal	Medir el nivel de independencia de una persona en la realización de 10 actividades básicas de la vida diaria (ABVD).
Población Diana	Actualmente se usa de forma generalizada en adultos mayores , en la evaluación de la dependencia en diversos contextos clínicos y de investigación.
Tipo de	Escala de evaluación observacional

Instrumento	
Dominios Evaluados	Evalúa 10 áreas funcionales agrupadas en dos grandes categorías: 1. Movilidad: Transferencias, deambulación, subir/bajar escaleras. 2. Autocuidado: Alimentación, aseo personal, uso del retrete, vestido, control de esfínteres (vesical y anal), baño/ducha.
Estructura y Puntuación	Consta de 10 ítems. Cada ítem se puntúa de forma ponderada según la ayuda requerida. Las puntuaciones por ítem son de 0, 5, 10 o 15 puntos. Puntuación Total: El rango de la puntuación total varía según la versión, pero la más extendida es de 0 a 100 puntos. • 0: Dependencia total. • 100: Independencia total.
Interpretación de la Puntuación	• < 20: Dependencia Total. • 20 - 35: Dependencia Grave. • 40 - 55: Dependencia Moderada. • ≥ 60: Dependencia Leve. • 100: Independiente. <i>Un punto de corte clave es 60: una puntuación por debajo de 60 suele indicar una necesidad significativa de ayuda y es un predictor de peores resultados (mayor riesgo de institucionalización y mortalidad).</i>
Tiempo de Administración	Generalmente entre 2 y 5 minutos si se realiza por entrevista, y hasta 10 minutos si se basa en la observación directa.
Propiedades Psicométricas	• Fiabilidad: Excelente fiabilidad inter-observador (diferentes evaluadores obtienen resultados muy similares) e intra-observador (el mismo evaluador obtiene resultados consistentes en el tiempo). alfa de Cronbach, también es alta (0.942). • Validez: Buena validez de contenido (los ítems son relevantes y representativos de las ABVD) y validez predictiva (la puntuación predice resultados importantes como la mortalidad, la necesidad de institucionalización y la estancia hospitalaria). test-retest (0.89) y entre evaluadores (0.95)

Y para obtener las variables independientes, se realizó un cuestionario estructurado validado por 3 expertos.

Procesamiento de los datos

Los datos se procesaron en el programa estadístico SPSS v29, iniciando el proceso con la obtención de los datos a partir de los pacientes y la encuesta aplicada, para proceder a tabular los datos en el programa estadístico SPSS v29 de donde se obtendrán las tablas estadísticas que indique la asociación, a través del estadístico chi cuadrado para las variables nominales y la U de Mann Whitney para las variables ordinales. Los resultados se considerarán confiables cuando el nivel de error sea menor a 5% ($p < 0,05$).

Ética

La investigación cumplió con los principios éticos establecidos para investigaciones en humanos.

No maleficencia. Este estudio se desarrolló con cuestionarios validados que demostraron no producir daños psicológicos.

Beneficencia. El estudio tiene el propósito de incrementar el acervo científico en beneficio de los pacientes.

Justicia. Todo paciente fue tratado de igual manera sin que exista segregaciones de ningún tipo.

Se respetó el anonimato identificando a cada cuestionario con un número correlativo

El estudio se realizó con el consentimiento informado del paciente.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Factores demográficos, sociales y epidemiológicos en adultos mayores con discapacidad funcional atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Dependencia funcional	Dependencia grave	20	15,3%
	Dependencia moderada	73	55,7%
	Dependencia leve	38	29,0%
Edad	60 a 69 años	34	26,0%
	70 a 79 años	68	51,9%
	80 a más	29	22,1%
Sexo	Masculino	67	51,1%
	Femenino	64	48,9%
Procedencia	Rural	45	34,4%
	Urbano	86	65,6%
Grado de instrucción	Primaria	29	22,1%
	Secundaria	67	51,1%
	Superior	35	26,7%
Estado civil	Soltero	12	9,2%
	Separado	27	20,6%
	Viudo	29	22,1%
	Casado	34	26,0%
	Conviviente	29	22,1%
Hipertensión arterial	Hipertenso	29	22,1%
	No hipertenso	102	77,9%
Diabetes mellitus tipo 2	Con DM	19	14,5%
	Sin DM	112	85,5%
Estado nutricional	IMC 25 a más	44	33,6%
	IMC 18,5-24,9	71	54,2%
	IMC menor a 18,5	16	12,2%
Caída con fractura	Caída con Fx	24	18,3%
	No caídas ni fracturas	107	81,7%
Demencia	Si demencia	13	9,9%
	No demencia	118	90,1%
Percepción de soledad social	Alta	21	16,0%
	Media	66	50,4%

	Baja	44	33,6%
Condición económica	Clase económica baja	39	29,8%
	Clase económica media	92	70,2%
Alcohol	Consume	32	24,4%
	No consume	99	75,6%
Tabaco	Consume	24	18,3%
	No consume	107	81,7%

Fuente: La autora

La tabla descriptiva muestra que la dependencia funcional grave se manifestó en el 15,3% de los pacientes adultos mayores, en tanto que dependencia funcional moderada estuvo presente en el 55,7% y leve en el 29%, la edad de los pacientes el 26% eran de 60 a 69 años, 51,9% eran de 70 a 79 años y el 22,1% fueron de 80 a más años. El 51,1% eran masculinos, 34,4% proceden de zonas rurales, 22,1% tenían grado de instrucción primaria, 51,1% secundaria y 26,7% superior. Mientras que 51,9% eran solteros, separados o viudos y 48,1% eran casados o convivientes. El 22,1% era hipertenso, 14,5% tenía diabetes mellitus tipo 2, 33,6% tenían exceso de peso, y 12,2% tenía bajo peso. El 18,3% de los adultos mayores manifestó haber tendió al menos una caída con fractura de alguna extremidad, 9,9% tenía demencia senil como diagnóstico. Respecto a la soledad social el 16% lo percibió como alta, 50,4% media y el 33,6% como baja, además el 29,8% eran de clase baja y el 70,2% era de clase media, el 24,4% consumía alcohol y el 18,3% consumía tabaco.

Tabla 2. Factores de riesgo demográficos asociados a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026

	Dependencia funcional				
Edad	Grave	Moderada	Leve	Total	Estadístico
	1	8	25	34	Chi²= 64,95 p=0,000
60 a 69 años	5,0%	11,0%	65,8%	26,0%	
	6	51	11	68	
70 a 79 años	30,0%	69,9%	28,9%	51,9%	
	13	14	2	29	
80 a más	65,0%	19,2%	5,3%	22,1%	
Sexo					
	13	45	9	67	Chi²= 16,22 p=0,000
Masculino	65,0%	61,6%	23,7%	51,1%	
	7	28	29	64	
Femenino	35,0%	38,4%	76,3%	48,9%	
	20	73	38	131	
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Procedencia					
	12	27	6	45	Chi²= 11,86 p=0,003
Rural	60,0%	37,0%	15,8%	34,4%	
	8	46	32	86	
Urbano	40,0%	63,0%	84,2%	65,6%	
	20	73	38	131	
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: La autora

En la tabla que asocia las variables demográficas con la dependencia funcional se observa que los pacientes con edades de 80 a más años tienen en su gran mayoría a tener dependencia funcional grave 65%, moderada 19,2% y 5,3% leve, mientras que los adultos mayores de 60 a 69 años tienen tendencia a tener dependencia funcional leve 65,8% 11% moderada y 5% grave, con p= 0,000

En relación al sexo la tabla indica que los pacientes del sexo masculino tienen mayormente dependencia funcional severa 65%, moderada 61,6% y 23,7% leve con valor de p= 0,000

Del mismo modo los pacientes adultos mayores que proceden de zonas rurales tienen mayormente dependencia funcional severa (60%), el 37% moderada y el 15,8% leve con un valor de p significativo p= 0,003.

Tabla 3. Factores de riesgo sociales asociados a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026

Grado de instrucción	Dependencia funcional			Total	
	Grave	Moderada	Leve		
Primaria	8	15	6	29	Chi²= 10,40 p=0,034
	40,0%	20,5%	15,8%	22,1%	
Secundaria	10	41	16	67	
	50,0%	56,2%	42,1%	51,1%	
Superior	2	17	16	35	
	10,0%	23,3%	42,1%	26,7%	
Estado civil					
Soltero	6	5	1	12	Chi²= 30,93 p=0,000
	30,0%	6,8%	2,6%	9,2%	
Separado	8	15	4	27	
	40,0%	20,5%	10,5%	20,6%	
Viudo	4	19	6	29	
	20,0%	26,0%	15,8%	22,1%	
Casado	1	21	12	34	
	5,0%	28,8%	31,6%	26,0%	
Conviviente	1	13	15	29	
	5,0%	17,8%	39,5%	22,1%	

Fuente: La autora

En esta tabla se asocia riesgos sociales y la dependencia funcional en adultos mayores, determinándose que los pacientes que tienen grado de instrucción primaria tienen en su mayoría dependencia funcional severa (40%), el 20,5% moderada y el 15,8% leve, en tanto que los que tenían grado de instrucción superior mayormente tenían dependencia funcional leve 42,1%, 23,3% moderada y el 10% severa.

Respecto al estado civil los pacientes solteros separados o viudo tienen tendencia a tener grados mas severos de dependencia funcional pues los mayores porcentajes de dependencia funcional severa se manifiestan en los solteros (30%) en los separados (40%) y el viudo (20%) aunque este último también se presenta en el 26% de grados moderados.

Tabla 4. Factores de riesgo epidemiológicos asociados a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026

Hipertensión arterial	Dependencia funcional			Total	
	Grave	Moderada	Leve		
	9	15	5	29	Chi ² = 7,95 p=0,019
Hipertenso	45,0%	20,5%	13,2%	22,1%	
	11	58	33	102	
No hipertenso	55,0%	79,5%	86,8%	77,9%	
Diabetes mellitus 2					
	7	9	3	19	Chi ² = 8,39 p=0,015
Con DM	35,0%	12,3%	7,9%	14,5%	
	13	64	35	112	
Sin DM	65,0%	87,7%	92,1%	85,5%	
Estado nutricional					
	8	23	13	44	Chi ² = 14,12 p=0,007
IMC 25 a más	40,0%	31,5%	34,2%	33,6%	
	5	44	22	71	
IMC 18,5-24,9	25,0%	60,3%	57,9%	54,2%	
	7	6	3	16	
IMC menor a 18,5	35,0%	8,2%	7,9%	12,2%	
Caída y fractura					
	11	9	4	24	Chi ² = 21,27 p=0,000
Con caída y fractura	55,0%	12,3%	10,5%	18,3%	
	9	64	34	107	
No caída ni fractura	45,0%	87,7%	89,5%	81,7%	
Demencia senil					
	6	5	2	13	Chi ² = 10,71 p=0,005
Si	30,0%	6,8%	5,3%	9,9%	
	14	68	36	118	
No	70,0%	93,2%	94,7%	90,1%	
Precepción de soledad					
	5	14	2	21	Chi ² = 11,79 p=0,019
Alta	25,0%	19,2%	5,3%	16,0%	
	12	38	16	66	
Media	60,0%	52,1%	42,1%	50,4%	
	3	21	20	44	
Baja	15,0%	28,8%	52,6%	33,6%	
Clase económica					
	11	21	7	39	Chi ² = 8,46 p=0,015
Baja	55,0%	28,8%	18,4%	29,8%	
	9	52	31	92	
Media	45,0%	71,2%	81,6%	70,2%	

Fuente: La autora

Consumo de alcohol	Dependencia funcional			Total	
	Grave	Moderada	Leve		
	7	19	6	32	Chi ² = 2,85
Consume	35,0%	26,0%	15,8%	24,4%	p=0,241
	13	54	32	99	
No consume	65,0%	74,0%	84,2%	75,6%	
Consumo de tabaco					
	7	14	3	24	Chi ² = 6,51
Consume	35,0%	19,2%	7,9%	18,3%	p=0,038
	13	59	35	107	
No consume	65,0%	80,8%	92,1%	81,7%	
	20	73	38	131	
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: La autora

En relación a la asociación de los factores epidemiológicos y la dependencia funcional los pacientes hipertensos el 45% tienen grado severo de dependencia funcional, 20,5% moderado y 13,2% grado leve, lo mismo sucede con los pacientes diabéticos pues el 35% tienen grados severos de dependencia funcional y solo el 12,3% tienen grado moderado y el 7,9% grado leve. Respecto al estado nutricional se observa que los pacientes con exceso de peso u los que tienen bajo peso tiene mayor tendencia a tener grados severos de dependencia funcional pues el 40% de los que tienen exceso de peso y el 35% de los que tienen bajo peso tienen grados severos de dependencia funcional que son menos al comparar con los de grados moderados y leves, todos con valor de p significativos < 0,05.

En relación a los pacientes que tuvieron caída con fractura de extremidad se observa que estos pacientes tienen peor grado de dependencia funcional que sus homólogos que no tuvieron caídas ni fracturas, es así que los adultos mayores con fractura el 55% tenían grado severo de dependencia funcional, 12,3% moderado y 10,5% leve. También los pacientes con demencia senil tienen mayor probabilidad de tener dependencia funcional severo (30%), mientras que solo el 6,8% tienen moderado y el 5,3% grado leve de dependencia funcional. Todas las asociaciones son significativas p< 0,05.

Al analizar la percepción de soledad social y dependencia funcional la tabla muestra que el 25% de los pacientes con grado severo de dependencia funcional percibe alta gro de

soledad social, solo un 19,2% moderado y un 5,3% leve, lo contrario se puede observar con los adultos mayores que perciben bajo grado de soledad social pues el 52,6% tienen nivel leve de dependencia funcional, 28,8% moderado y 15% severo. Lo mismo se observa en los pacientes con bajos recursos económicos, pues los adultos mayores de clase baja tienen mayormente dependencia funcional severa 55%, mientras que grado moderado el 28,8% y el 18,4% grado de dependencia leve. Asociaciones que son significativas estadísticamente $p < 0,05$.

En relación a los hábitos nocivos, se observa que los que consumen alcohol no se observa una tendencia significativa respecto a cualquier grado de dependencia funcional pues el valor de p no es significativa $p = 0,241$, en tanto que el consumo de tabaco sí mostró efecto en la dependencia funcional de los adultos mayores pues el 35% presenta grado severo, el 19,2% grado moderado y el 7,9% grado leve, con $p = 0,038$.

IV. DISCUSIÓN

Los resultados evidencian una asociación estadísticamente significativa entre la edad y el grado de dependencia funcional ($p = 0,000$), lo que confirma que el incremento de la edad se relaciona con una mayor severidad de la dependencia funcional en los adultos mayores. En particular, los pacientes de 80 años a más presentan predominantemente dependencia funcional grave (65%), mientras que en el grupo etario de 60 a 69 años predomina la dependencia funcional leve (65,8%). Este hallazgo es consistente con la literatura, que señala que el envejecimiento avanzado se asocia con una mayor pérdida de la capacidad funcional debido a la disminución progresiva de la reserva fisiológica, la presencia de comorbilidades crónicas, el deterioro cognitivo y la fragilidad propia de edades más avanzadas³⁶. Estos factores limitan de manera significativa la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, incrementando el riesgo de dependencia funcional grave. Resultado que se ve reforzado por el hallazgo del estudio de Takele¹¹ en Etiopía que indica que los adultos mayores de 80 años tienen alto grado de severidad de dependencia funcional, que también es la conclusión del estudio de Sandoval¹³ que, entre los factores que mostraron asociación con este resultado se identificaron la edad igual o superior a 73 años, como también es la conclusión del estudio de Aguilar¹⁴ pues los adultos mayores tiene mayor cantidad de comorbilidades que limitan su funcionalidad física y mental, tal como lo determina Gálvez²⁰ en su estudio en Lima y Hernández²³ en Lima Sur.

En relación con el sexo, los resultados muestran una asociación estadísticamente significativa entre esta variable y el grado de dependencia funcional ($p = 0,000$), evidenciándose que los pacientes de sexo masculino presentan una mayor proporción de dependencia funcional severa (65%) y moderada (61,6%), en comparación con la dependencia leve (23,7%). Este hallazgo puede explicarse por diversos factores biológicos, conductuales y sociales. Desde el punto de vista biológico, los varones tienden a presentar una mayor carga de enfermedades crónicas no transmisibles, como enfermedades cardiovasculares, respiratorias y metabólicas, que condicionan un deterioro funcional más acelerado en edades avanzadas³⁸. Asimismo, suelen presentar una menor esperanza de vida saludable, lo que se traduce en mayor discapacidad en los años finales de vida. Desde el ámbito conductual, se ha descrito que los hombres tienen históricamente una menor utilización de los servicios de salud preventiva, lo que conlleva diagnósticos tardíos y un control inadecuado de enfermedades crónicas, favoreciendo la progresión hacia estados de dependencia funcional moderada y severa³⁹. Además, estilos de vida menos saludables, como mayor consumo de tabaco y alcohol, podrían influir negativamente en su funcionalidad. Al respecto Inés¹² en Colombia manifiesta que la categoría de prefragilidad fue la más frecuente entre los participantes; además, tanto la dependencia como

la fragilidad fueron más notorias en las mujeres que se debería a una mayor supervivencia de este sexo que le pone en mayor riesgo de dependencia funcional.

Los resultados evidencian una asociación estadísticamente significativa entre la procedencia rural y el grado de dependencia funcional en los adultos mayores ($p = 0,003$), observándose que los pacientes procedentes de zonas rurales presentan predominantemente dependencia funcional severa (60%), seguida de dependencia moderada (37%) y leve (15,8%). Estos hallazgos indican que la procedencia rural constituye un factor asociado a un mayor deterioro funcional en la población adulta mayor. Esta asociación puede explicarse por las desigualdades estructurales existentes entre las zonas rurales y urbanas en términos de acceso a servicios de salud, oportunidades de prevención y continuidad del cuidado⁴³. Los adultos mayores que residen en áreas rurales suelen enfrentar barreras geográficas, económicas y logísticas para acceder a controles médicos regulares, rehabilitación y seguimiento de enfermedades crónicas, lo que favorece la progresión hacia grados severos de dependencia funcional⁴⁴. Asimismo, la población rural adulta mayor ha estado expuesta durante gran parte de su vida a trabajos físicamente demandantes, generalmente en el ámbito agrícola, lo que conlleva mayor desgaste osteomuscular, lesiones acumulativas y aparición temprana de limitaciones funcionales en la vejez⁴¹. A ello se suma, en muchos casos, un menor nivel educativo y socioeconómico, factores que influyen negativamente en el autocuidado y la adherencia a tratamientos. Incluso el estudio de Palomino²² encuentra un mayor riesgo de tener mayor dependencia funcional en pacientes que proceden de zonas rurales.

Los resultados evidencian una clara asociación entre el grado de instrucción y el nivel de dependencia funcional en los adultos mayores, observándose que aquellos con instrucción primaria presentan mayoritariamente dependencia funcional severa (40%), mientras que los adultos mayores con educación superior muestran una mayor proporción de dependencia funcional leve (42,1%). Este hallazgo puede explicarse porque el nivel educativo es un importante determinante social de la salud, que influye directamente en el acceso a la información, la adopción de estilos de vida saludables y el uso oportuno de los servicios de salud. Los adultos mayores con menor nivel de instrucción suelen tener mayores dificultades para comprender indicaciones médicas, realizar prácticas de autocuidado y adherirse a tratamientos, lo que favorece un mayor deterioro funcional a lo largo del tiempo⁴². Los resultados también sugieren que la educación actúa como un factor protector frente a la dependencia funcional severa, al favorecer conductas preventivas, participación social activa y mayor utilización de servicios de promoción y prevención de la salud. Como es la conclusión

del estudio de Palomino²² en Lima que manifiesta que el bajo nivel de instrucción se asocia a una mayor probabilidad de dependencia funcional severa.

Los resultados evidencian que el estado civil se asocia con el grado de dependencia funcional en los adultos mayores, observándose una mayor tendencia hacia grados más severos de dependencia funcional en los pacientes solteros, separados y viudos. En particular, la dependencia funcional severa se presenta con mayor frecuencia en los separados (40%), seguida de los solteros (30%) y los viudos (20%), mientras que en este último grupo también se observa una proporción relevante de dependencia funcional moderada (26%). Este comportamiento puede explicarse por la ausencia o disminución de apoyo social y familiar que suele acompañar a estos estados civiles. Diversos estudios han demostrado que la convivencia en pareja y el soporte del cónyuge actúan como factores protectores frente al deterioro funcional, ya que facilitan el acompañamiento cotidiano, el apoyo emocional y la supervisión del autocuidado y tratamiento de enfermedades crónicas. En el caso de los adultos mayores solteros y separados, la falta de una red de apoyo estable puede incrementar el riesgo de aislamiento social, depresión y menor adherencia a conductas saludables, factores que contribuyen al deterioro progresivo de la funcionalidad. Por su parte, la viudez, especialmente cuando ocurre en edades avanzadas, se asocia con procesos de duelo, cambios abruptos en la dinámica de vida y disminución del soporte social, lo que puede explicar tanto la elevada proporción de dependencia severa como la presencia significativa de dependencia moderada en este grupo. Estos hallazgos concuerdan con la evidencia que identifica al estado civil como un determinante social relevante de la salud funcional, destacando que los adultos mayores sin pareja presentan mayor vulnerabilidad a la dependencia funcional en comparación con aquellos que viven acompañados. Este hallazgo es congruente con los resultados de la investigación de Lurdes¹⁵ en Brasil que indica que la dependencia funcional es mayor en pacientes solteros o divorciado por terminar solos, en los últimos periodos de su vida, que también es la conclusión del estudio de Bendejú²³ en Ica.

Los resultados muestran una asociación relevante entre la hipertensión arterial y el grado de dependencia funcional en los adultos mayores, observándose que un alto porcentaje de pacientes hipertensos presenta dependencia funcional severa (45%), seguido de dependencia moderada (20,5%) y leve (13,2%). Estos hallazgos evidencian que la hipertensión arterial se relaciona con un mayor deterioro de la capacidad funcional en esta población. Esta asociación puede explicarse por el impacto de la hipertensión arterial como una enfermedad crónica de larga evolución, la cual genera daño progresivo en órganos blanco como el cerebro, el corazón y el riñón⁴⁷. En particular, las complicaciones cerebrovasculares, el deterioro cognitivo y la insuficiencia cardíaca derivados de un control inadecuado de la presión arterial contribuyen

significativamente a la limitación de la movilidad, la pérdida de autonomía y la dependencia para realizar actividades básicas de la vida diaria⁴⁸. Así, lo indica Gómez¹⁷ en su estudio en Colombia en la que la comorbilidad de mayor prevalencia en los pacientes con dependencia funcional es la hipertensión arterial.

Los resultados evidencian una asociación importante entre la diabetes mellitus y el grado de dependencia funcional en los adultos mayores, observándose que un 35% de los pacientes diabéticos presenta dependencia funcional severa, mientras que solo el 12,3% y 7,9% corresponden a dependencia moderada y leve, respectivamente. Esta distribución sugiere que la diabetes mellitus se relaciona con un mayor deterioro de la capacidad funcional en esta población. Esta asociación puede explicarse por el carácter crónico y progresivo de la diabetes mellitus, así como por sus múltiples complicaciones microvasculares y macrovasculares, tales como neuropatía periférica, retinopatía, nefropatía y enfermedad cardiovascular, las cuales afectan de manera directa la movilidad, el equilibrio, la visión y la capacidad de autocuidado del adulto mayor⁴⁵. En conjunto, estas alteraciones incrementan la necesidad de ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria, favoreciendo la dependencia funcional severa⁴⁶. Al respecto Reátegui²¹ en Lima manifiesta que la diabetes mellitus es un determinante que vulnera al paciente a que presente dependencia funcional.

Los resultados evidencian una asociación entre el estado nutricional y el grado de dependencia funcional en los adultos mayores, observándose que tanto los pacientes con exceso de peso como aquellos con bajo peso presentan una mayor tendencia a desarrollar dependencia funcional severa, alcanzando el 40% y 35%, respectivamente, en comparación con los grados moderados y leves. Este hallazgo pone de manifiesto la presencia de una relación no lineal entre el estado nutricional y la funcionalidad, donde ambos extremos del espectro nutricional se asocian con mayor deterioro funcional. En el caso del exceso de peso, la dependencia funcional severa puede explicarse por la sobrecarga mecánica sobre el sistema osteoarticular, la reducción de la movilidad y la mayor prevalencia de enfermedades crónicas asociadas, como hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares, que limitan la capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria⁴⁹. Por otro lado, el bajo peso en el adulto mayor suele estar relacionado con desnutrición, sarcopenia y fragilidad, condiciones que provocan pérdida de masa y fuerza muscular, disminución del equilibrio y mayor riesgo de caídas, lo que favorece la progresión hacia grados severos de dependencia funcional. Asimismo, el bajo peso puede reflejar enfermedades crónicas subyacentes, depresión o condiciones socioeconómicas desfavorables que impactan negativamente en la funcionalidad⁵⁰. Estos resultados concuerdan con la evidencia que señala que un estado nutricional inadecuado, ya sea por déficit o por

exceso, constituye un factor de riesgo importante para la dependencia funcional en la población adulta mayor. La coexistencia de malnutrición y comorbilidades incrementa la vulnerabilidad funcional y acelera el deterioro de la autonomía. Vázquez¹⁶ menciona en su estudio en México que los pacientes con exceso de peso suelen tener mayor dependencia funcional en etapa adulta por las dificultades del movimiento asociados a esta condición nutricional. Muñante²⁴ en su estudio también lo determina así.

Los resultados muestran que los adultos mayores que presentaron caídas con fractura de extremidad evidencian un mayor deterioro de la dependencia funcional en comparación con aquellos que no sufrieron caídas ni fracturas. En este grupo, se observa un predominio de la dependencia funcional severa (55%), seguida de la dependencia moderada (12,3%) y leve (10,5%), lo que indica un impacto significativo de estos eventos sobre la funcionalidad del adulto mayor. Este hallazgo puede explicarse por las consecuencias físicas y funcionales que generan las fracturas en la población geriátrica, tales como dolor crónico, inmovilización prolongada, pérdida de masa y fuerza muscular, y limitación de la movilidad, factores que afectan de manera directa la capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria. Además, las fracturas de extremidades suelen requerir hospitalización, procedimientos quirúrgicos y períodos extensos de rehabilitación, durante los cuales se produce un marcado declive funcional²⁸. Asimismo, las caídas con fractura se asocian con un aumento del síndrome de fragilidad, el miedo a nuevas caídas y la reducción de la actividad física, lo que perpetúa un círculo de deterioro funcional y dependencia progresiva. Los resultados concuerdan con la evidencia científica que identifica a las caídas con fractura como uno de los principales factores precipitantes de dependencia funcional severa en el adulto mayor. Incluso después del tratamiento médico o quirúrgico, muchos pacientes no logran recuperar su nivel previo de funcionalidad, incrementando la necesidad de cuidados y apoyo permanente³⁵. Muñante²⁴ afirma que la sarcopenia es un factor determinante para una mayor dependencia funcional, pues esta patología pone en mayor riesgo al paciente para tener caídas y fractura.

Los resultados muestran que la demencia senil se asocia de manera significativa con el grado de dependencia funcional en los adultos mayores ($p < 0,05$), evidenciándose que los pacientes con esta condición presentan una mayor probabilidad de dependencia funcional severa (30%), en comparación con los grados moderado (6,8%) y leve (5,3%). Estos hallazgos confirman el impacto sustancial del deterioro cognitivo sobre la autonomía funcional en esta población. Esta asociación puede explicarse por la naturaleza progresiva y neurodegenerativa de la demencia senil, la cual afecta funciones cognitivas esenciales como la memoria, la orientación, el juicio y la capacidad de planificación. El deterioro de estas funciones limita de manera directa la

ejecución de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, incrementando la necesidad de supervisión y asistencia continua, lo que conduce a grados severos de dependencia funcional. Asimismo, la demencia senil suele coexistir con trastornos conductuales, alteraciones del equilibrio, incontinencia y mayor riesgo de caídas, factores que agravan aún más el deterioro funcional. Este hallazgo es coincidente con los determinados por Lurdes¹⁵ en Brasil que indica que los pacientes con deterioro cognitivo tienen mayor probabilidad de tener mayor dependencia funcional, tal como también concluye Mescua¹⁹ en su estudio en Huancayo que indica que hay un vínculo entre el deterioro cognitivo de tipo moderado o severo y la presencia de dependencia funcional en adultos mayores,

Los resultados evidencian una asociación significativa entre la percepción de soledad social y el grado de dependencia funcional en los adultos mayores, observándose que los pacientes con dependencia funcional severa presentan con mayor frecuencia una alta percepción de soledad social (25%), en comparación con aquellos con dependencia moderada (19,2%) y leve (5,3%). Por el contrario, los adultos mayores que perciben un bajo grado de soledad social muestran predominantemente dependencia funcional leve (52,6%), seguida de dependencia moderada (28,8%) y severa (15%). Estos hallazgos sugieren que la soledad social actúa como un factor psicosocial estrechamente vinculado al deterioro funcional, ya sea como un elemento que contribuye a la pérdida de autonomía o como una consecuencia del mismo. La dependencia funcional severa suele limitar la movilidad, la participación social y la interacción con el entorno, favoreciendo el aislamiento social y la percepción de soledad en el adulto mayor²⁹.

Los resultados evidencian una asociación entre el nivel de recursos económicos y el grado de dependencia funcional en los adultos mayores, observándose que aquellos pertenecientes a clases socioeconómicas bajas presentan mayoritariamente dependencia funcional severa (55%), seguida de dependencia moderada (28,8%) y leve (18,4%). Estos hallazgos confirman la influencia de las condiciones socioeconómicas sobre el deterioro funcional en la vejez. Esta asociación puede explicarse porque los bajos recursos económicos limitan el acceso oportuno y continuo a servicios de salud, medicamentos, rehabilitación y dispositivos de apoyo, lo que favorece la progresión de enfermedades crónicas y la pérdida de la autonomía funcional. Asimismo, las condiciones de vida desfavorables, como viviendas inadecuadas, barreras arquitectónicas y entornos inseguros, incrementan el riesgo de caídas, inmovilidad y dependencia funcional severa. Los resultados concuerdan con la evidencia científica que reconoce al nivel socioeconómico bajo como un determinante social clave de la dependencia funcional, evidenciando que las desigualdades sociales se traducen en desigualdades en salud y funcionalidad durante el envejecimiento. El predominio de dependencia severa en este grupo

refleja una mayor vulnerabilidad acumulada a lo largo del curso de vida. Mejía¹⁸ en su investigación en Honduras determina que las condiciones económicas son un influyente de la dependencia funcional pues ello se presentó en el 86,8% de pacientes con dependencia funcional.

En relación con los hábitos nocivos, los resultados muestran comportamientos diferenciados en su asociación con la dependencia funcional en los adultos mayores. El consumo de alcohol no evidenció una asociación estadísticamente significativa con ningún grado de dependencia funcional ($p = 0,241$), mientras que el consumo de tabaco sí mostró una asociación significativa ($p = 0,038$), observándose que el 35% de los fumadores presentó dependencia funcional severa, seguido de dependencia moderada (19,2%) y leve (7,9%). La asociación observada entre el consumo de tabaco y la dependencia funcional severa puede explicarse por los efectos acumulativos del tabaquismo a lo largo de la vida. El consumo de tabaco se relaciona con enfermedades respiratorias crónicas, cardiovasculares, cáncer, osteoporosis y deterioro de la capacidad pulmonar y muscular, condiciones que afectan de manera directa la movilidad, la resistencia física y la capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria. Asimismo, el tabaquismo incrementa el riesgo de fragilidad, caídas y discapacidad funcional en el adulto mayor⁵².

V. CONCLUSIONES

- Los factores de riesgo demográficos, sociales y epidemiológicos están asociados a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026
- Los factores de riesgo demográficos como la mayor edad, sexo masculino, procedencia rural están asociados a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026
- Los factores de riesgo sociales como el bajo grado de instrucción, estado civil soltero, separado o viudo están asociados a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026
- Los factores de riesgo epidemiológicos como sufrir de hipertensión arterial, diabetes mellitus, exceso de peso o bajo peso, caídas con fractura, la demencia senil, la alta percepción de soledad, la baja condición económica, el consumo de tabaco están asociados a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026

VI. RECOMENDACIONES

- Implementar programas integrales de atención al adulto mayor que prioricen a los grupos de mayor riesgo, especialmente a los adultos mayores de edad avanzada, de sexo masculino y procedentes de zonas rurales, con énfasis en la evaluación periódica de la funcionalidad. Fortalecer la atención primaria de salud en áreas rurales, garantizando el acceso oportuno a servicios de prevención, diagnóstico y manejo de enfermedades crónicas que contribuyen a la discapacidad funcional.
- Diseñar e implementar políticas públicas intersectoriales que aborden los determinantes sociales de la salud, incluyendo educación, protección social y mejora de las condiciones de vida de los adultos mayores. Realizar la evaluación funcional sistemática del adulto mayor durante los controles de salud, incorporando escalas validadas que permitan identificar tempranamente grados leves de dependencia funcional.
- Promover el manejo integral de enfermedades crónicas como hipertensión arterial y diabetes mellitus, orientado no solo al control clínico, sino también a la preservación de la capacidad funcional. Fomentar la prevención de caídas, mediante la evaluación del riesgo, el tratamiento de la osteoporosis, la prescripción de ejercicio físico adaptado y la educación al adulto mayor y su familia. Implementar intervenciones para la detección temprana del deterioro cognitivo y la demencia, así como programas de estimulación cognitiva y apoyo al cuidador.
- Desarrollar programas comunitarios que fortalezcan las redes de apoyo social, especialmente dirigidos a adultos mayores solteros, separados o viudos, con el fin de reducir la percepción de soledad social. Promover espacios de participación social, recreación y envejecimiento activo, que contribuyan al mantenimiento de la autonomía funcional y al bienestar psicosocial. Brindar apoyo social y económico a los adultos mayores en condición de vulnerabilidad socioeconómica, facilitando el acceso a recursos básicos, alimentación adecuada y servicios de rehabilitación. Fomentar estilos de vida saludables, incluyendo alimentación balanceada, actividad física regular y abandono del consumo de tabaco, como medidas para prevenir el deterioro funcional. Incentivar la participación familiar en el cuidado del adulto mayor, promoviendo el acompañamiento emocional, el apoyo en el autocuidado y la adherencia a tratamientos médicos.

VII.- Referencias bibliográficas.

- 1.- OMS 2023. Discapacidad. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
- 2.- Cañas-Lucendo M. Actividades básicas e instrumentales de la vida diaria en pacientes con demencia tipo Alzheimer. Revista Ecuatoriana de Neurología / Vol. 32, No 3, 2022. doi: 10.46997/revecuatneurol32300022
- 3.- Malik MA. Functional disability among older adults in India; a gender perspective. PLoS One. 2022 Sep 14;17(9):e0273659. doi: 10.1371/journal.pone.0273659. PMID: 36103480; PMCID: PMC9473438.
- 4.- Sánchez Hernández M. Síndrome de fragilidad y dependencia en adultos mayores con DM2 en una unidad de primer nivel. Investigación y Desarrollo Tecnológico Volumen 14 – Número 4 Octubre – Diciembre 2022
- 5.- OPS 2023. Discapacidad. <https://www.paho.org/es/temas/discapacidad>
- 6.- Aranco N. et al. Envejecer en América Latina y el Caribe: protección social y calidad de vida de las personas mayores 2022. Red Latinoamericana de Gerontología. <https://www.gerontologia.org> › up
- 7.- Gómez Ramírez E. Condiciones de salud asociadas a discapacidad en adultos mayores de un programa de actividad física. Rev Cubana Invest Bioméd vol.40 no.3 Ciudad de la Habana jul.-set. 2021 Epub 01-Sep-2021
- 8.- Ñopo H. Envejecimiento y atención a la dependencia en el Perú 2022. Banco Interamericano de Desarrollo 2022. <https://publications.iadb.org>
- 9.- Marrufo Herrera R. Síndrome de fragilidad y grado de dependencia en adultos mayores que acuden al centro de salud de Llama, Chota – 2021. <https://www.cuidadoysaludpublica.org.pe>
- 10.- Acosta-Illatopa E. Síndrome de fragilidad en adultos mayores de una comunidad rural de los andes peruanos. Rev. Fac. Med. Hum. vol.21 no.2 Lima abr-jun 2021 <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v21i2.3268>
- 11.- Takele, MD, Eriku, GA, Merawie, DM et al. Discapacidad funcional y sus factores asociados en adultos mayores residentes en la comunidad de Gondar Town, Etiopía: un estudio transversal comunitario. BMC Public Health 24 , 647 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18110-y>
- 12.- Inés Paz C. Relación de la capacidad funcional y la funcionalidad familiar con la fragilidad en adultos mayores con riesgo cardiovascular en el suroccidente colombiano. Biomed. vol.44 no.4 Bogotá Oct./Dec. 2024 Epub Nov 06, 2024 <https://doi.org/10.7705/biomedica.7473>
- 13.- Sandoval-Valdez D. Factores asociados al deterioro funcional en adultos mayores sobrevivientes de COVID-19 hospitalizados en un centro de tercer nivel. Gac. Méd. Méx

vol.159 no.5 Ciudad de México sep./oct. 2023 Epub 20-Feb-2024
<https://doi.org/10.24875/gmm.23000203>

14.- Aguilar Fernández E. Factores asociados con discapacidad en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria en residentes de Costa Rica de 60 años y más. Cuadernos de Investigación UNED vol.14 n.1 Sabanilla, Montes de Oca Jan./Jun. 2022.
<http://dx.doi.org/10.22458/urj.v14i1.3838>

15.- Lurdes Predebon M. Funcionalidad global y factores asociados en los adultos mayores acompañados por la Atención Domiciliar de la Atención Básica en Brasil en el 2021. Rev. Latino-Am. Enfermagem 29 • 2021 • <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5026.3476>

16.- Vázquez Martínez V. Factores de riesgo de discapacidad en pacientes con accidente cerebrovascular en el noreste de México: estudio retrospectivo transversal 2023. Atención Primaria Volumen 55, Número 12 ,diciembre de 2023, 102779.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102779>

17.- Gómez Ramírez E. Condiciones de salud asociadas a discapacidad en adultos mayores de un programa de actividad física Colombia 2021. Rev Cubana Invest Bioméd vol.40 no.3 Ciudad de la Habana jul.-set. 2021 Epub 01-Sep-2021

18.- . Mejía M. Alta prevalencia de discapacidad en adultos mayores de 15 departamentos de Honduras, (2021). Rev Méd Hondur, Vol 89, Núm 1, 2021 pp. 1-80

19.- Mescua Mucha, M. Deterioro cognitivo y factores asociados a la dependencia funcional en una población adulta mayor de la ciudad de Huancayo (2021).
<https://hdl.handle.net/20.500.12394/9140>

20.- Gálvez J. Dependencia funcional en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 en Lima, Perú 2021. Rev. Finlay vol.11 no.3 Cienfuegos jul.-set. 2021 Epub 30-Sep-2021

21.- Reátegui W. Discapacidad funcional en pacientes con fibromialgia en un hospital de Lima, Perú 2023. Rev. chil. neuro-psiquiatr. vol.61 no.3 Santiago 2023
<http://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272023000300319>

22.- Palomino Zenitagoya, J. Factores asociados al padecimiento de discapacidad en el Adulto Mayor Peruano, análisis secundario de la ENAHO 2022. URI:
<https://hdl.handle.net/20.500.13084/8419>

23.- Hernández-Pedraza MA, Altamirano-Yaros L. Capacidad funcional en adultos mayores de un albergue ubicado Lima-Sur. Cuidado y Salud Pública Perú 2021. 30 de junio de 2021;1(1):11-7.

24.- Muñante-Garcia, D. Factores asociados a la capacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Santiago, Ica 2023. URI:
<https://hdl.handle.net/20.500.13028/5663>

- 25.- Bendezú-Sarcines C. Condicionantes de la salud del estilo de vida y capacidad funcional de adultos mayores atendidos en una microred de salud de Ica, Perú. (2022). *Revista Médica Panacea*, 11(2), 65-70. <https://doi.org/10.35563/rmp.v11i2.486>
- 26.- Envejecimiento y salud 2025. Datos y cifras. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- 27.- González-García, A., Mota-Hernández, E., Olguín-Estrada, C., Maya-Sánchez, A., López-Nolasco, B., & Cano-Estrada, E. A. . (2023). Nivel de dependencia funcional de los adultos mayores de la comunidad de Tula de Allende. *Revista De Enfermería Neurológica*, 21(3), 270–277. <https://doi.org/10.51422/ren.v21i3.396>
- 28.- Da Mata FAF, Miranda Forte Gomes M, Lício Ferreira Santos J, Aparecida de Oliveira Duarte Y, Gomes Pereira M (2021) Depresión y fragilidad en adultos mayores: un estudio de cohorte poblacional. *PLoS ONE* 16(3): e0247766. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247766>
- 29.- Paiva TC, Soares L, Faria AL. Depresión en personas mayores. *Enciclopedia* . 2023; 3(2):677-686. <https://doi.org/10.3390/encyclopedia3020048>
- 30.- Rodrigues F, Domingos C, Monteiro D, Morouço P. Revisión sobre el envejecimiento, la sarcopenia, las caídas y el entrenamiento de resistencia en adultos mayores que viven en la comunidad. *Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública* . 2022; 19(2):874. <https://doi.org/10.3390/ijerph19020874>
- 31.- Boyer, S., Trimouillas, J., Cardinaud, N. et al. Fragilidad y dependencia funcional en la población mayor: lecciones del estudio de cohorte FREEDOM Limousin – Nouvelle Aquitaine. *BMC Geriatr* 22 , 128 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02834-w>
- 32.- Munawar, K., Fadzil, Z., Choudhry, FR, y Kausar, R. (2023). Funcionamiento cognitivo, dependencia y calidad de vida en adultos mayores. *Activities, Adaptation & Aging* , 48 (1), 115-140. <https://doi.org/10.1080/01924788.2023.2193786>
- 33.- Rivan, NFM, Singh, DKA, Shahar, S. et al. La fragilidad cognitiva es un predictor sólido de caídas, lesiones y discapacidad entre los adultos mayores que viven en la comunidad. *BMC Geriatr* 21 , 593 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02525-y>
- 34.- Guion V. Traslados de emergencia asociados a neumonía, deterioro funcional y mortalidad en residentes de residencias de ancianos. *Revista de la Asociación Estadounidense de Directores Médicos* Volumen 24, Número 5 ,mayo de 2023, páginas 747-752. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2023.02.108>
- 35.- Loayza, LS, y Valenzuela, MT (2020). Calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores con independencia funcional o dependencia leve. *Aging & Mental Health* , 25 (12), 2213–2218. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1830943>

- 36.- Guo, J., Huang, X., Dou, L. et al. Envejecimiento y enfermedades relacionadas con el envejecimiento: de los mecanismos moleculares a las intervenciones y los tratamientos. *Sig Transduct Target Ther* 7 , 391 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41392-022-01251-0>
- 37.- Reis Júnior, WM, Ferreira, LN, Molina-Bastos, CG et al. Prevalencia de dependencia funcional y enfermedades crónicas en adultos mayores brasileños que viven en la comunidad: un análisis por gravedad de la dependencia y patrón de multimorbilidad. *BMC Public Health* 24 , 140 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17564-w>
- 38.- Deutschbein, Timo et al. Disparidad en la mortalidad dependiente de la edad y el sexo en pacientes con incidentalomas suprarrenales y secreción autónoma de cortisol: un estudio de cohorte retrospectivo internacional. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, Volumen 10, Número 7, 499 - 508
- 39.- Suzy Handajan Y. Functional Dependency and Its Associated Factors Among Older Adults in Indonesia. *Aging Medicine and Healthcare* XXXX;XX(X):XX-XX. doi:10.33879/AMH.XXX.2022.05051
- 40.- Olayiwola Faronbi J. Factores que contribuyen a la dependencia funcional entre los adultos mayores en Ile-Ife, Nigeria. *Revista Internacional de Ciencias de la Enfermería de África* Volumen 14 ,2021, 100296 <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2021.100296>
- 41.- Lu X, Yao Y, Jin Y. Digital exclusion and functional dependence in older people: Findings from five longitudinal cohort studies. *EClinicalMedicine*. 2022 Oct 31;54:101708. doi: 10.1016/j.eclinm.2022.101708. Erratum in: *EClinicalMedicine*. 2023 Oct 02;64:102239. doi: 10.1016/j.eclinm.2023.102239. PMID: 36353265; PMCID: PMC9637559.
- 42.- MacKinnon-Lee KA, Bahr M. Are you more impulsive with age? Examining age, marital status, and gender on cognitive ageing. *Appl Neuropsychol Adult*. 2024 Jul-Aug;31(4):392-404. doi: 10.1080/23279095.2022.2029741. Epub 2022 Feb 2. PMID: 35107403.
- 43.- Heng-Yu H. Asociación entre afecciones crónicas, multimorbilidad y niveles de dependencia en adultos mayores chinos que viven en la comunidad con dependencia funcional: un estudio transversal en el centro-sur de China. *Salud Pública* , 19 de septiembre de 2024 Volumen 12 - 2024 |<https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1419480>
udio transversal en el centro-sur de China
- 44.- Aierken, A., Ding, X., Pan, Y. et al. Asociación entre la dependencia de los recursos comunitarios y el apoyo social entre las personas mayores que viven en zonas rurales de China: un estudio transversal. *BMC Geriatr* 22 , 589 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03247-5>
- 45.- Gallo Alvarado, S. Fragilidad y dependencia funcional en pacientes diabéticos del programa adulto mayor del hospital Chulucanas, 2024. URI <https://hdl.handle.net/20.500.13053/12919>

- 46.- Nava- Vázquez A. Síndrome de fragilidad y grado de dependencia funcional en personas con diabetes México 2023. Innovación y desarrollo tecnológico revista digital. Volumen 15 – Número 3 Julio – Septiembre 2023
- 47.- Hu Y. Carga acumulada de presión arterial y el riesgo de dependencia funcional en cohortes de ancianos: una exploración de los factores influyentes. Archivos de Gerontología y Geriátría Volumen 134 ,julio de 2025, 105849 <https://doi.org/10.1016/j.archger.2025.105849>
- 48.- Jacinto-Atanacio H. Dependencia del adulto mayor como factor de riesgo para desarrollar depresión en adultos mayores. (2022). Revista Médica Vallejana Vallejian Medical Journal, 11(2), 79-91. <https://doi.org/10.18050/revistamedicavallejana.v11i2.06>
- 49.- Saeed, S., Bonnefond, A. y Froguel, P. Obesidad: explorando su conexión con la función cerebral a través de perspectivas genéticas y genómicas. Mol Psychiatry 30 , 651–658 (2025). <https://doi.org/10.1038/s41380-024-02737-9>
- 50.- Zhou, Y., Sun, C., Zhao, R. et al. La asociación entre la obesidad sarcopénica, la sarcopenia y la dependencia funcional, la malnutrición y la mortalidad: el fenómeno de la paradoja de la obesidad en la obesidad sarcopénica. Eur Geriatr Med 16 , 89–97 (2025). <https://doi.org/10.1007/s41999-024-01139-y>
- 51.- Muhammad, T., Govindu, M. y Srivastava, S. Relación entre el consumo de tabaco de mascar, el tabaquismo, el consumo de alcohol y el deterioro cognitivo en adultos mayores de la India: un estudio transversal. BMC Geriatr 21 , 85 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02027-x>
- 52.- Oana M Craciun, Rosario Ortolá, Jose A Pascual, Raul Pérez-Ortuño, Iñaki Galán Labaca, Jose R Banegas, Fernando Rodríguez Artalejo, Esther García-Esquinas, Secondhand Tobacco Smoke and Functional Impairments in Older Adult Living in the Community, Nicotine & Tobacco Research , Volumen 24, Número 12, diciembre de 2022, páginas 2026–2034, <https://doi.org/10.1093/ntr/ntac131>
- 53.- Dos Santos Barros V, Bassi-Dibai D, Guedes CLR, Morais DN, Coutinho SM, de Oliveira Simões G, Mendes LP, da Cunha Leal P, Dibai-Filho AV. Barthel Index is a valid and reliable tool to measure the functional independence of cancer patients in palliative care. BMC Palliat Care. 2022 Jul 12;21(1):124. doi: 10.1186/s12904-022-01017-z.

Anexos

Matriz de consistencia

Problema	Objetivo	Hipótesis	Operacionalización	Método
			Variable	
Problema general ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026?	Objetivo general Identificar los factores de riesgo asociados a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026	Hipótesis general Ha: los factores de riesgo demográficos, sociales y epidemiológicos están asociados a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026	Variable dependiente Dependencia funcional	Tipo. Investigación observacional, trasversal, prospectiva y analítica. Nivel: Relacional Población. Está determinado por los adultos mayores que acuden al Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca a quienes se les aplicará el test de Barthel que son 198 adultos mayores atendidos en el mes de enero del 2026. Muestra 131 adultos mayores La técnica: Encuesta. Instrumento: Índice de Barthel de Actividades de la Vida Diaria (AVD). Y cuestionario estructurado.
Problemas específicos ¿Cuáles son los factores de riesgo demográficos asociados a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026?	Objetivos específicos Identificar los factores de riesgo demográficos asociados a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026	Hipótesis secundarias Ha: Los factores de riesgo demográficos edad, sexo, procedencia están asociados a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026	Variabes independientes Edad Sexo Procedencia Grado de instrucción Estado civil Hipertensión arterial Diabetes Exceso de peso Caídas	
¿Cuáles son los factores de riesgo sociales asociados a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026?	Identificar los factores de riesgo sociales asociados a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026	Ha: Los factores de riesgo sociales grado de instrucción, estado civil están asociados a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026	Demencia senil Percepción de soledad Condición económica	
¿Cuáles son los factores de riesgo epidemiológicos	Identificar los factores de riesgo epidemiológicos	Ha: Los factores de riesgo epidemiológicos hipertensión arterial, diabetes, exceso de peso,	Consumo de alcohol Consumo de tabaco	

asociados a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026?	asociados a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026	Caídas, Demencia senil, Percepción de soledad, Condición económica, consumo de alcohol, consumo de tabaco están asociados a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026		
---	--	--	--	--

Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Categoría	Instrumento
Variable dependiente Dependencia funcional	Estado en el que una persona presenta una limitación o incapacidad para realizar por sí misma las Actividades de la Vida Diaria (AVD), requiriendo la asistencia o supervisión de otra persona para su autocuidado y para mantener una vida autónoma.	Se medirá utilizando el Índice de Barthel. Se registrará la puntuación total (0-100)	< 20 puntos. 20 - 35 puntos. 40 - 55 puntos. ≥ 60 puntos. 100 puntos.	Dependencia Total Dependencia Grave: Dependencia Moderada Dependencia Leve Independencia:	Ficha de datos
Variables independientes Edad	Tiempo cronológico transcurrido desde el nacimiento de un individuo hasta el momento de la evaluación.	Años de vida consideradas desde el nacimiento	Años	60 a 69 años 70 a 79 años 80 a más	
Sexo	Conjunto de características biológicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombres o mujeres.	Característica sexual	Sexo	Masculino Femenino	
Procedencia	Lugar de origen o residencia de una persona.	Lugar donde vive	Lugar	Urbana Rural	
Grado de instrucción	Nivel más alto de estudios formales que una persona ha completado y aprobado dentro del sistema educativo oficial de un país.	Nivel de instrucción	Nivel	Primaria Secundaria Superior	
Estado civil	Condición legal de una persona en relación con el matrimonio o la convivencia, que refleja su situación conyugal y su red de apoyo social primario.	Se determinará mediante la pregunta directa	Estado	Soltero Separado Viudo Casado Conviviente	
Hipertensión arterial	Condición médica crónica caracterizada por una elevación persistente de la presión sanguínea en las arterias, que constituye un factor de riesgo mayor para enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares.	Si cumple al menos uno de los siguientes criterios: 1. Diagnóstico médico previo de Hipertensión Arterial	Diagnóstico	Si No	

		2. Estar tomando actualmente medicación antihipertensiva.			
Diabetes mellitus tipo 2	Enfermedad metabólica crónica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre (hiperglucemia), debida a una producción insuficiente de insulina, a una resistencia a su acción, o a ambas.	si cumple al menos uno de los siguientes criterios: 1. Diagnóstico médico previo de Diabetes Mellitus 2. Estar recibiendo tratamiento con hipoglucemiantes orales o insulina.	Diagnóstico	Si No	
Exceso de peso	Condición caracterizada por una acumulación de grasa corporal por encima de los niveles considerados saludables para una determinada estatura, abarcando tanto el sobrepeso como la obesidad.	$IMC \geq 25$	Peso Talla	$IMC \geq 25$ $IMC < 25$	
Caída con fractura	Evento involuntario en el que una persona pierde el equilibrio y termina en el suelo, el piso u otra superficie de menor nivel, no explicado por un evento intencional y en la que se fractura extremidades, pelvis o columna.	Antecedente de caída manifestado por el paciente	Antecedente de caída con fractura	Si No	
Demencia senil	Síndrome neurocognitivo crónico y progresivo caracterizado por deterioro significativo de funciones cognitivas (memoria, lenguaje, funciones ejecutivas, orientación, etc.) que interfiere con la autonomía funcional.	Sí si existe diagnóstico médico documentado (neurología, geriatría, psiquiatría).	Demencia	Si No	
Percepción de soledad	Experiencia subjetiva de discrepancia entre las relaciones sociales deseadas y las disponibles, con sensación de aislamiento	Según como indica el paciente	Soledad	Alta Media Baja	

	emocional y/o social.			Sin soledad	
Condición económica	Situación de recursos materiales y financieros del individuo y su hogar (ingreso, empleo, seguridad económica y capacidad para cubrir necesidades), que influye en acceso a alimentación, vivienda, salud y redes de soporte.	Esta variable puede operacionalizarse como nivel socioeconómico (NSE) o como ingreso/gasto.	Condición	Alta Media Baja	
Consumo de alcohol	Hábito de ingerir bebidas que contienen etanol,	Consumo habitual de alcohol	Consume	Si No	
Consumo de tabaco	Hábito de inhalar el humo del tabaco,	Consumo crónico de tabaco	Consume	Si No	

Instrumentos de recolección de información



Cuestionario estructurado

1. Ficha N° _____

2. Edad _____ años

60 a 69 años ()

70 a 79 años ()

80 a más ()

3. Sexo

Masculino ()

Femenino ()

4. Procedencia

Urbana ()

Rural ()

5. Grado de instrucción

Primaria ()

Secundaria ()

Superior ()

6. Estado civil

Soltero ()

Separado ()

Viudo ()

Casado ()

Conviviente ()

7. Hipertensión arterial

Si ()

No ()

8. Diabetes mellitus tipo 2

Si ()

No ()

9. Exceso de peso. Peso_____kg Talla_____metros IMC_____

IMC $\geq$ 25 ()

IMC < 25 ()

10. Antecedente de Caídas

Presente

Ausente

11. Demencia senil

Presente

Ausente

12. Percepción de soledad

Alta

Media

Baja

13. Condición económica

Media

Baja

14. Consumo de alcohol

Si ()

No ()

15. Consumo de tabaco

Si ()

No ()

TEST DE BARTHEL: ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

La recogida de información se realizará a través de la observación directa y/o entrevista al paciente, o a su cuidador habitual si su capacidad cognitiva no lo permite. La puntuación total se calculará sumando la puntuación elegida para cada una de las actividades básicas.

1. ALIMENTACIÓN	- Es capaz de utilizar cualquier instrumento, pelar, cortar, desmenuzar (la comida se le puede poner a su alcance). - Necesita ayuda. - Necesita ser alimentado.	10 5 0
2 BAÑO	- Es capaz de lavarse entero solo, incluyendo entrar y salir de la bañera. - Necesita cualquier ayuda.	5 0
3 VESTIDO	- Es INDEPENDIENTE: capaz de quitar y ponerse ropa, se abrocha botones, cremalleras, se ata zapatos... - NECESITA AYUDA, pero hace buena parte de las tareas habitualmente. - DEPENDIENTE: necesita mucha ayuda.	10 5 0
4 ASEO	- INDEPENDIENTE: se lava la cara y las manos, se peina, se afeita, se lava los dientes, se maquilla... - NECESITA ALGUNA AYUDA.	5 0
5 USO DE RETRETE	- Es INDEPENDIENTE: entra y sale del retrete, puede utilizarlo solo, se sienta, se limpia, se pone la ropa. Puede usar ayudas técnicas. - NECESITA AYUDA para ir al WC, pero se limpia solo.- DEPENDIENTE: incapaz de manejarse sin asistencia.	10 5 0
6 DEFECACIÓN	- Es CONTINENTE e INDEPENDIENTE: usa solo el supositorio o el enema. - Tiene ALGUNA DEFECACIÓN NO CONTROLADA: ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o enemas. - INCONTINENTE o necesita que le suministren el enema.	10 5 0
7 MICCIÓN	- Es CONTINENTE o es capaz de cuidarse la sonda. - Tiene ESCAPE OCASIONAL: máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Necesita ayuda para cuidarse la sonda. - INCONTINENTE.	10 5 0

8 DEAMBULACIÓN	- Es INDEPENDIENTE: camina solo 50 metros. - NECESITA AYUDA o supervisión física o verbal, para caminar 50 metros. - INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS, sin ayuda 50 metros. Capaz de girar esquinas. - DEPENDIENTE: incapaz de manejarse sin asistencia.	15 10 5 0
9 SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	- Es INDEPENDIENTE. Sube y baja solo. Puede barandilla o bastones. - NECESITA AYUDA física o verbal. - INCAPAZ de manejarse sin asistencia.	10 5 0
10 TRANSFERENCIA (Trasladarse de la silla a la cama o viceversa)	- Es INDEPENDIENTE. - NECESITA MÍNIMA o POCA AYUDA (un poco de ayuda física o presencia y supervisión verbal). - NECESITA MUCHA AYUDA (una persona entrenada o dos personas), pero se puede permanecer sentado sin ayuda. - Es INCAPAZ, no se mantiene sentado.	15 10 5 0
	TOTAL	

VALORACIÓN

- La valoración se realiza según puntuación en una escala de 0 a 100 (dependencia absoluta e independencia, respectivamente):

- < 20 dependencia total

- 20-35 dependencia grave

- 40-55 dependencia moderada

- 60-90/100 dependencia leve

- 100 independiente (90 si va en silla de ruedas)

- 90 es la puntuación máxima si el paciente va en silla de ruedas.

TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN

Su administración es rápida, ya que tan solo requiere de unos cinco minutos.

Consentimiento informado

Estimado (a) señor, me encuentro realizando un trabajo de investigación titulado: “FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPENDENCIA FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL RICARDO CRUZADO RIVAROLA DE NAZCA - 2026”. Antes que acepte participar en el estudio se te ha tenido que explicar lo siguiente: Propósito del estudio, riesgos, beneficios, confidencialidad, para que finalmente pueda aceptar la participación de manera libre y voluntaria.

Propósito del estudio:

El estudio de investigación es Identificar los factores de riesgo asociados a la dependencia funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026

Riesgos:

La investigación trabajará cuestionarios debidamente identificados, no se realizará ningún otro tipo de evaluación. Por tanto, se considera que la investigación no representa ningún riesgo para el participante, cualquier consulta puedes realizarla a la Srta. CYNTHIA KATHERINE CAJO QUISPE que es la investigadora con teléfono 951987756.

Beneficios:

El estudio no representa beneficios económicos para los participantes, la información brindada de manera veraz ofrecerá datos que pueden utilizarse para gestionar soluciones acordes a la realidad estudiada.

Confidencialidad

Para efectos de la investigación, la única autorizada a la información será la investigadora, para efectos posteriores se procederá a colocar código de identificación (ID) que consistirá en un número correlativo, lo que permitirá la elaboración de la base de datos, para el posterior análisis estadístico. Asimismo, informo que antes de aplicar el cuestionario, el proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad San Luis Gonzaga, con quien usted puede comunicarse a través del correo institucional: fmh.mesadepartes@unica.edu.pe

Usted puede abandonar la investigación en cualquier momento sin que se le pida explicaciones por ello.

Por lo tanto, yo _____, manifestó que he sido informado (a) sobre el estudio y doy mi conformidad para participar en el estudio de investigación.

Nombre y Apellidos

Firma

Figuras

Figura 1. Los factores de riesgo demográficos: edad asociada a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026

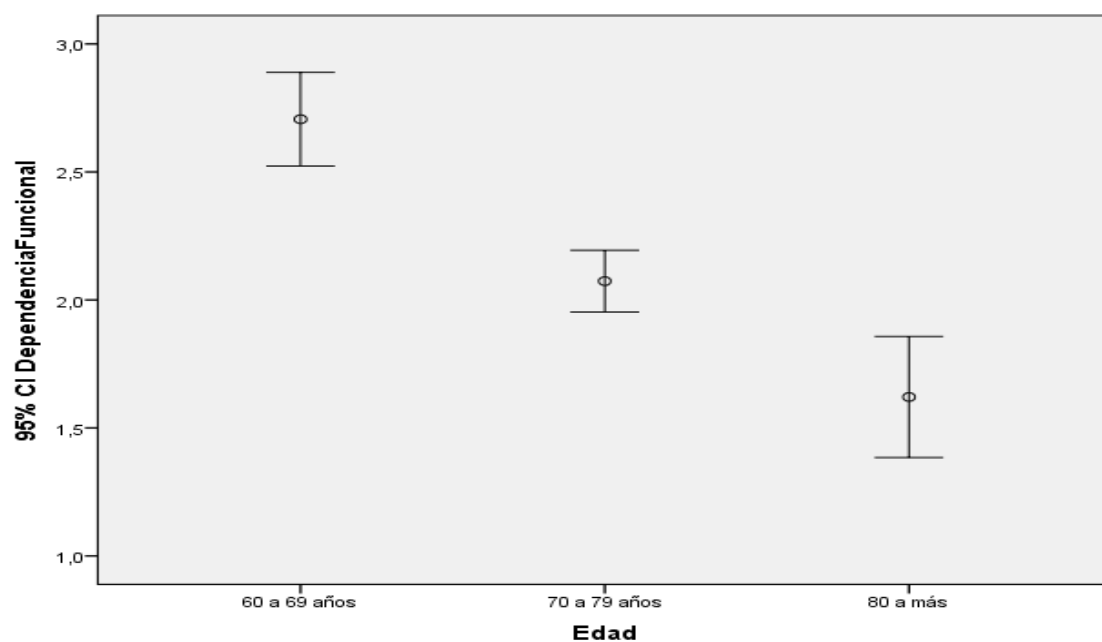


Figura 2. Los factores de riesgo demográficos: sexo, asociado a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026

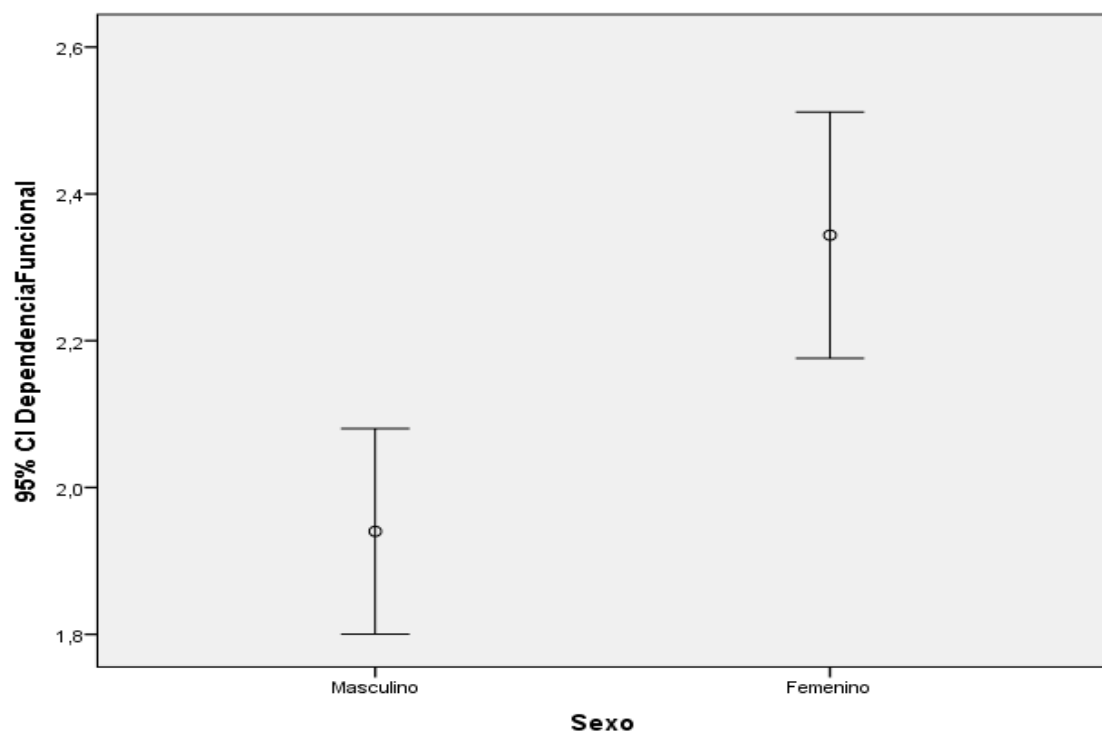


Figura 3. Factores de riesgo demográficos: procedencia asociado a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026

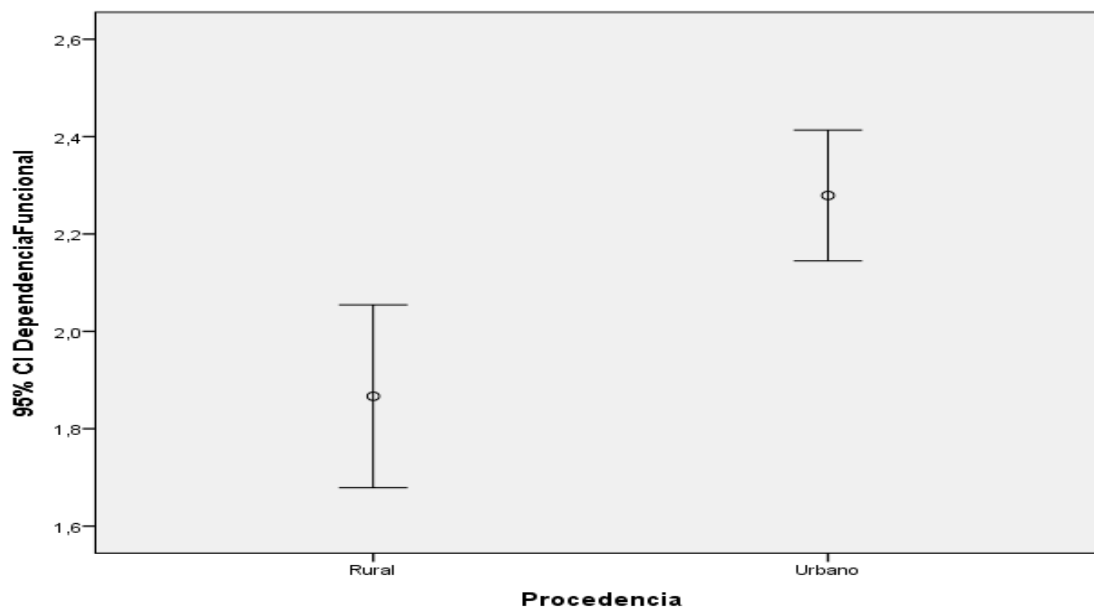


Figura 4. Factores de riesgo sociales: grado de instrucción, asociado a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026

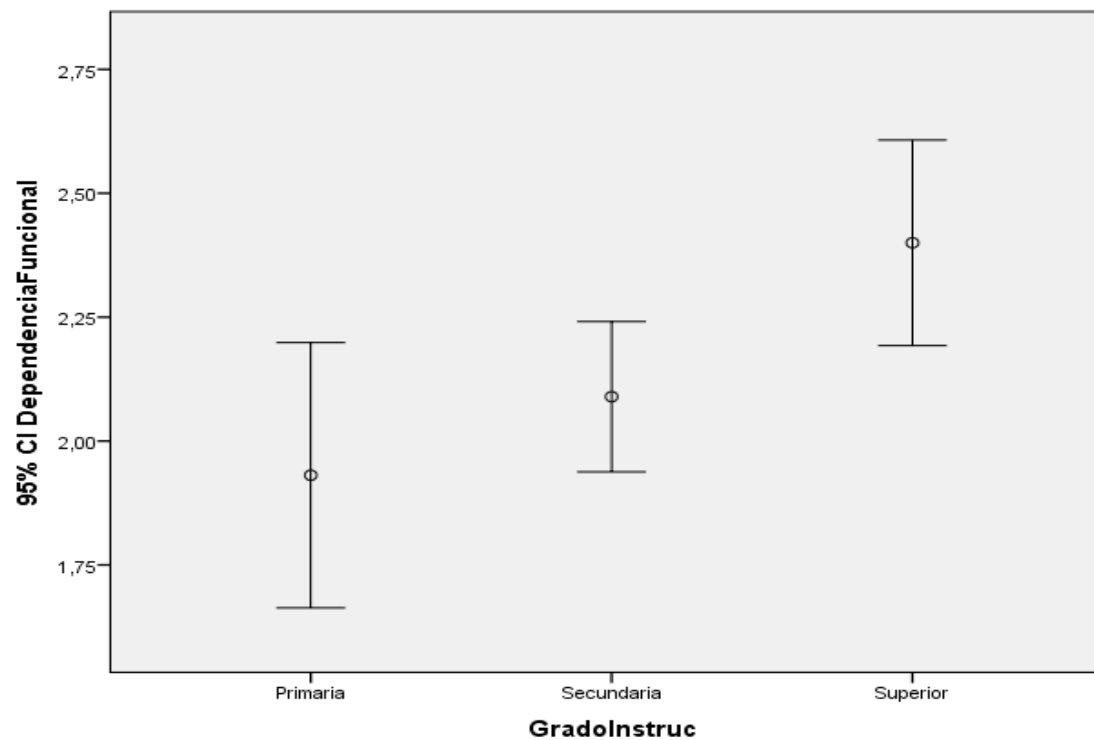


Figura 5. Factores de riesgo sociales: estado civil asociado a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026

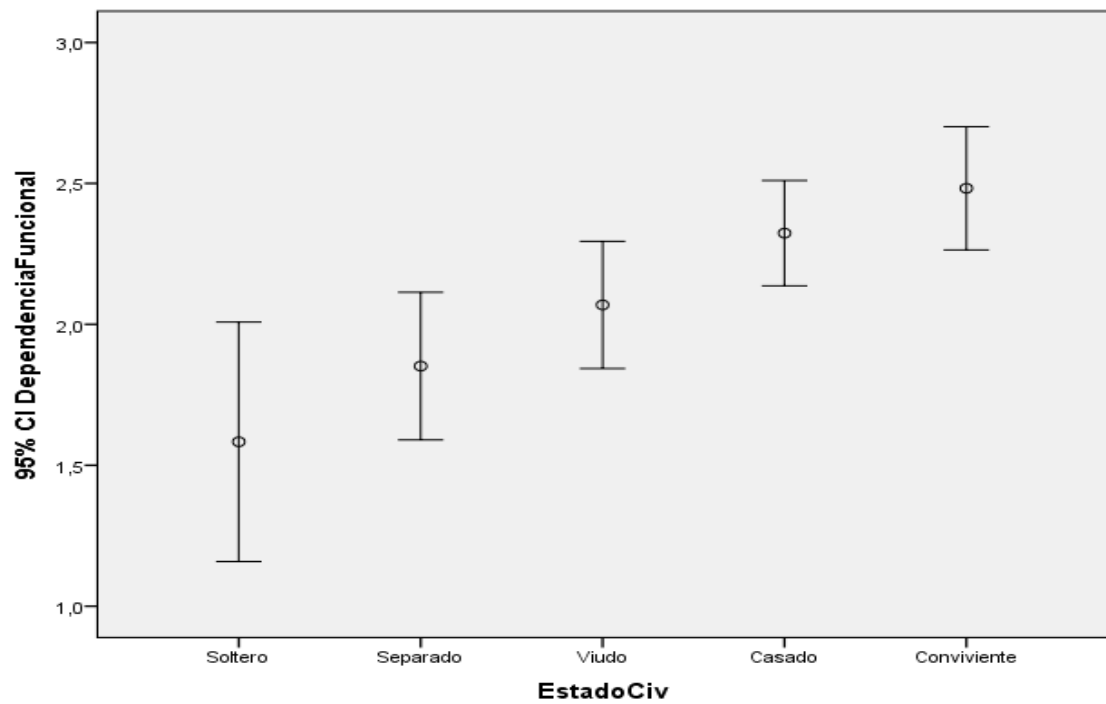


Figura 6. Factores de riesgo epidemiológicos hipertensión arterial, asociado a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026

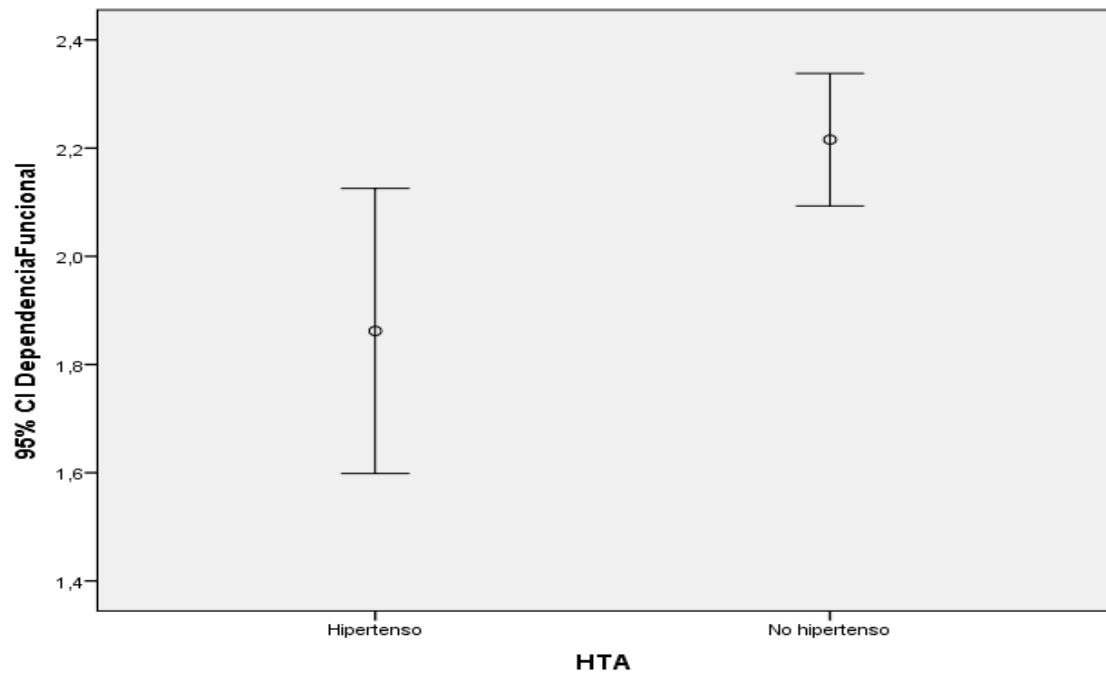


Figura 7. Factores de riesgo epidemiológicos diabetes, asociado a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026

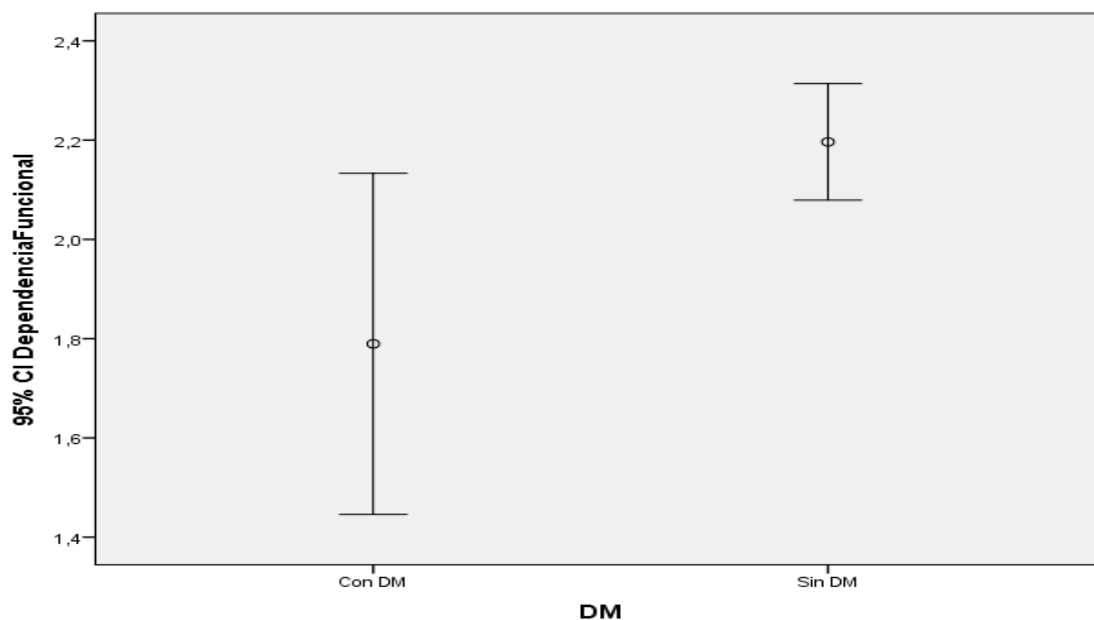


Figura 8. Factores de riesgo epidemiológicos: exceso de peso, asociado a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026

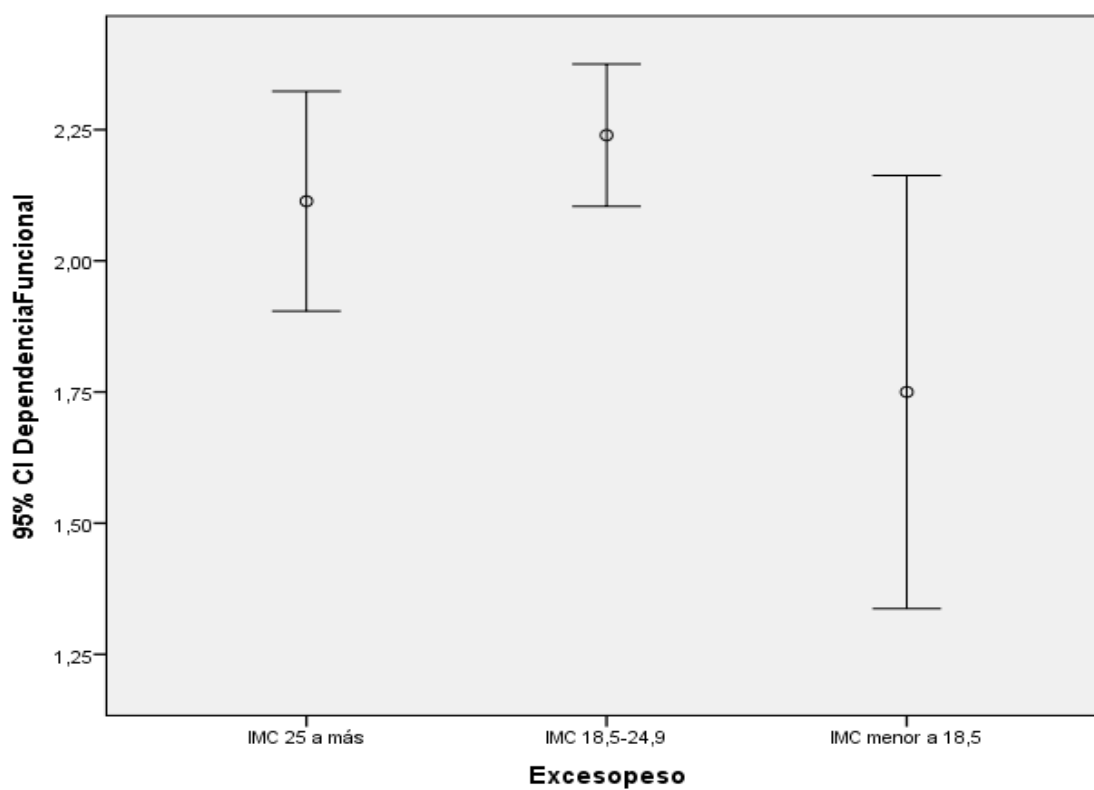


Figura 9. Factores de riesgo epidemiológicos: Caídas con fractura asociado a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026

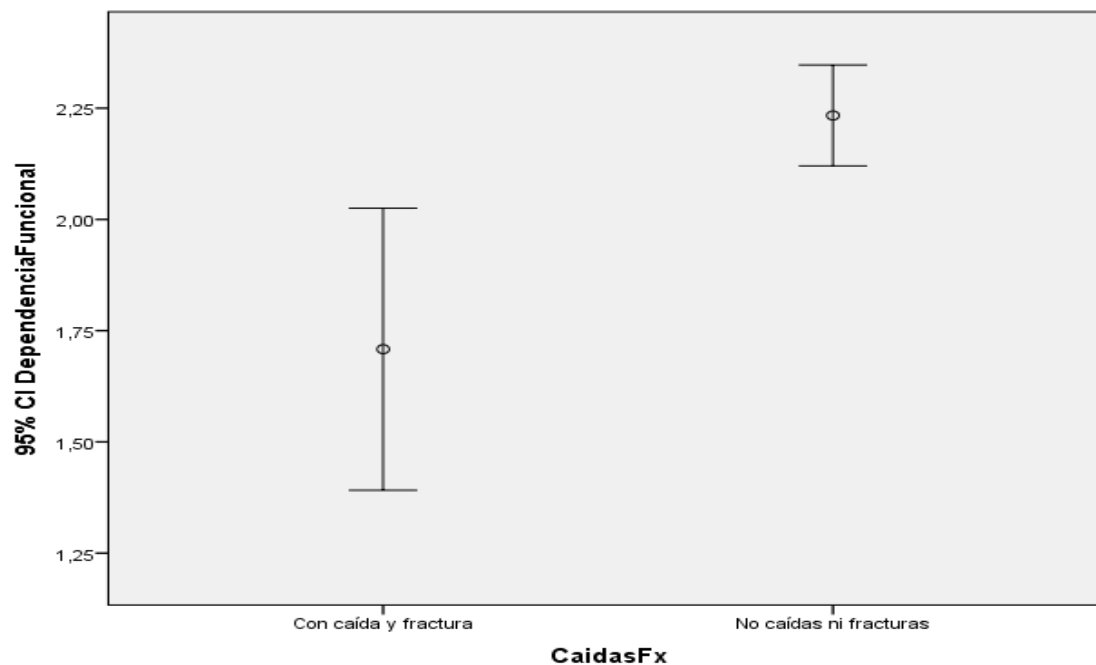


Figura 10. Factores de riesgo epidemiológicos: Demencia senil, asociado a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026

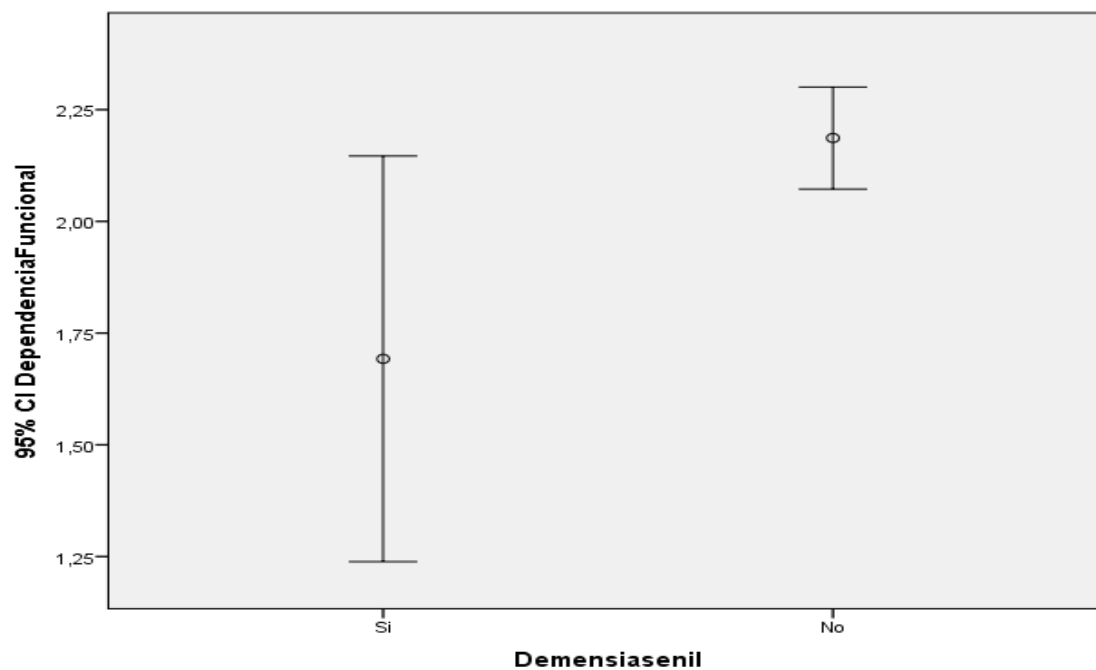


Figura 11. Factores de riesgo epidemiológicos: Percepción de soledad, asociado a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026

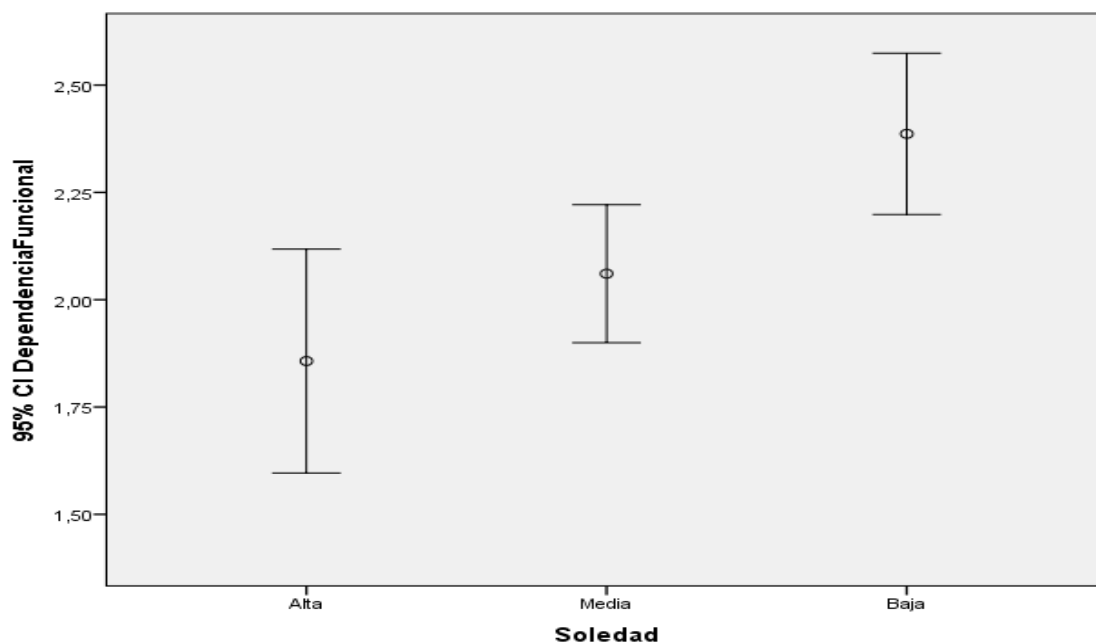


Figura 12. Factores de riesgo epidemiológicos: Condición económica, asociado a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026

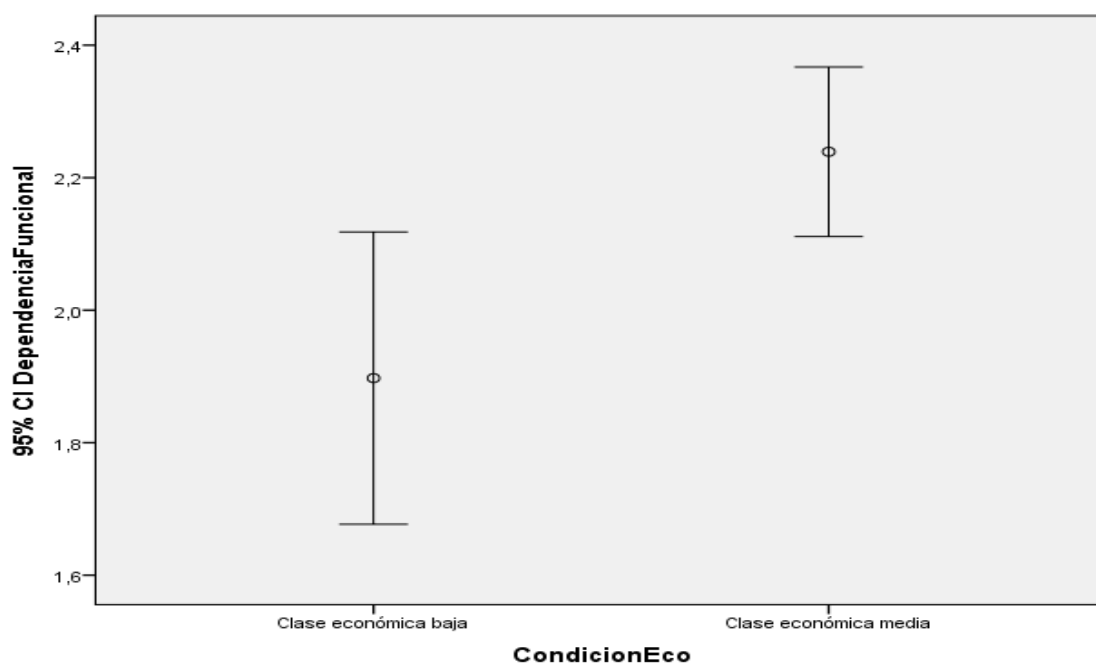


Figura 13. Factores de riesgo epidemiológicos: consumo de alcohol, asociado a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026

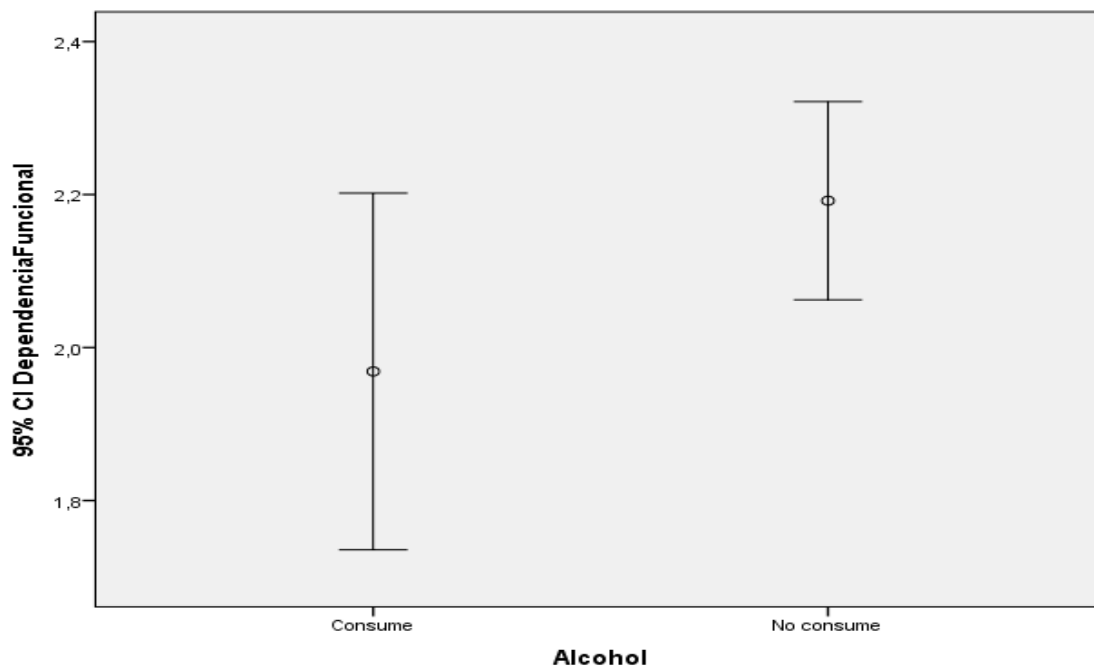
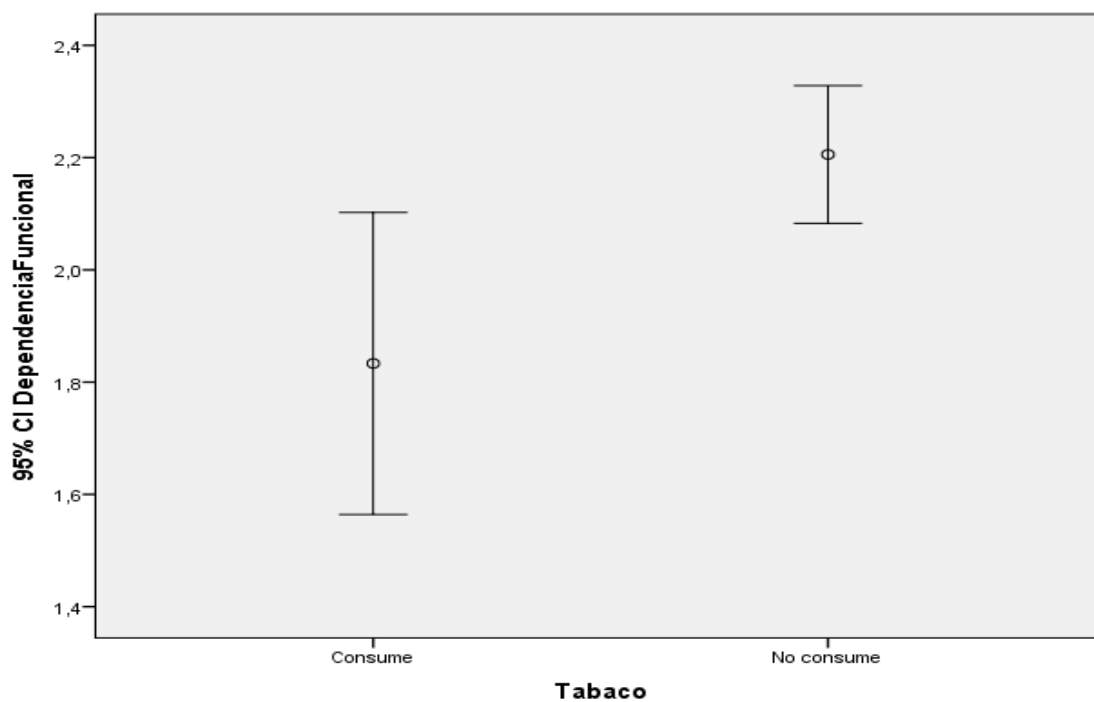


Figura 14. Factores de riesgo epidemiológicos: consumo de tabaco asociado a la discapacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nazca – 2026



Validación de instrumento

TITULO: "Factores de Riesgo Asociados a la Dependencia Funcional en Adultos Mayores Atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nasca - 2026"

- 1.1. Apellidos y Nombres del Experto: *Milagros Rosas Cuadros*
- 1.2. Cargo e institución donde labora: *Hospital Ricardo Cruzado Rivarola*
- 1.3. Nombre del instrumento: Ficha de Recolección de Datos
- 1.4. Autor (a) del instrumento: *CYNTHIA KATHERINE CASO Quispe*

Anexo 4. Informe de Opinión de Experto

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.					98%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas.					96%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre variables.					98%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					98%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					98%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer (relación a las variables).					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 (tipo de investigación).					98%

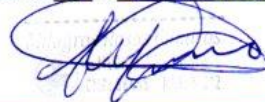
III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Aplicable

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN

91.7%

Lugar y Fecha lca *26* de *Febrero* del 202*6*



Firma del experto

TITULO: "Factores de Riesgo Asociados a la Dependencia Funcional en Adultos Mayores Atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nasca - 2026"

- 1.1. Apellidos y Nombres del Experto: Luis Hernán Cáceres Bela
 1.2. Cargo e institución donde labora: Hospital Regional de Ica
 1.3. Nombre del instrumento: Ficha de Recolección de Datos
 1.4. Autor (a) del instrumento: CYNTHIA KATHERINE GJO QUISEP

Anexo 4. Informe de Opinión de Experto

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.					98%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas.					96%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre variables.					98%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					98%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					98%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer (relación a las variables).					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 (tipo de investigación).					98%

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Aplicable

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN

91.7%

Lugar y Fecha Ica 25 de Febrero del 2026

Luis Hernán Cáceres Bela
 MEDICO INTERNISTA
 C.O.P. 15914 D.C. 345786

Firma del experto

TITULO: "Factores de Riesgo Asociados a la Dependencia Funcional en Adultos Mayores Atendidos en el Hospital Ricardo Cruzado Rivarola de Nasca - 2026"

- 1.1. Apellidos y Nombres del Experto: Yenny Suricha Qui Moquillaza
- 1.2. Cargo e institución donde labora: Hospital Regional de Ica
- 1.3. Nombre del instrumento: Ficha de Recolección de Datos
- 1.4. Autor (a) del instrumento: CYNTHIA KATHERINE AGOQUISEP

Anexo 4. Informe de Opinión de Experto

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.					98%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas.					96%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo a los avances la teoría sobre variables.					98%
ORGANIZACION	Existe una organización lógica y coherente de los ítems.					98%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					98%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer (relación a las variables).					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 (tipo de investigación).					98%

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Aplicable

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN

91.7%

Lugar y Fecha Ica 25 de FEBRERO del 2026


DRA. YENNY SURICHA QUI MOQUILLAZA
Médico Geriátrica
C.O.P. 47495, C.E. 17206
HOSPITAL REGIONAL DE ICA

Firma del experto

Resolución decanal de aprobación del proyecto de tesis



UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA "DANIEL ALCIDES CARRIÓN"
DECANATO



Resolución Decanal N° 104-D-FMHDAC-UNICA-26

104-D-FMHDAC-UNICA-26
10 de enero de 2026

VISTO:

El Oficio N° 080-2026-DUI-FMHDAC-UNICA, remitido por el Director de la Unidad de Investigación de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión", de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga".

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Rectoral N° 440-R-UNICA-2024, de fecha 27 de noviembre de 2024, se ratifica la Resolución N° 119-CEU-UNICA-2024, del 27 de noviembre de 2024, del Comité Electoral Universitario y, se nombra al Dr. FRANCISCO ROBERTO MUNIVE BENDEZU, como Decano de la Facultad de Medicina Humana Daniel Alcides Carrión, de la Universidad Nacional "San Luis Gonzaga", por el periodo comprendido del 25 de noviembre de 2024 al 29 de setiembre de 2028;

Que, mediante Oficio N° 01222-2024-SUNEDU-DS-DIRGRATU-URGT, de fecha 02 de diciembre de 2024, la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria-SUNEDU a través de la Jefatura de la Unidad de Registro de Grados y Títulos, ha procedido a la inscripción de la firma del Dr. Francisco Roberto Munive Bendezu, como Decano (Titular) de la facultad de Medicina Humana;

Que, la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión", es una unidad de formación académica, profesional y de gestión, que forma profesionales médicos generales y de 2da. Especialidad y desarrolla sus actividades dentro de la autonomía de gobierno, académica y administrativa;

Que, con Oficio de visto, el Director de la Unidad de Investigación de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión", comunica que el (la) docente, Mg. MONTENEGRO GUERRA, MARTIN JOSE, asesor del Proyecto de Tesis Titulado: "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPENDENCIA FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL RICARDO CRUZADO RIVAROLA DE NASCA - 2026", del egresado (a): CAJO QUISPE, CYNTHIA KATHERINE, para optar el Título de Médico Cirujano ha presentado el informe de aprobación del proyecto en mención y solicita emitir la Resolución Decanal correspondiente, para lo cual adjunta el Acta de aprobación, la Constancia de Antiplagio y el proyecto de tesis culminado;

En uso de las atribuciones conferidas al Señor Decano de la Facultad de Medicina Humana "Daniel Alcides Carrión", por el Artículo 70° de la Ley Universitaria N° 30220 y, Artículo 39° del Estatuto Universitario.

SE RESUELVE:

Artículo Único.- Aprobar, el Proyecto de Tesis, para optar el Título de Médico Cirujano que a continuación se detalla:
"FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPENDENCIA FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL RICARDO CRUZADO RIVAROLA DE NASCA - 2026"

Autor: - Egresado (a): CAJO QUISPE, CYNTHIA KATHERINE

Asesor: - Mg. MONTENEGRO GUERRA, MARTIN JOSE

Regístrese, Comuníquese y Archívese.

Universidad Nacional "San Luis Gonzaga"
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
"DANIEL ALCIDES CARRIÓN"

Dr. FRANCISCO ROBERTO MUNIVE BENDEZU
DECANO

FRMB/ecm
c.c.- Unidad de Investigación
- Asesor
- Interesado
- Archivo

Resolución del comité de ética



HOSPITAL RICARDO CRUZADO RIVAROLA DE NASCA
UNIDAD EJECUTORA 402 SALUD NASCA



"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

MEMORANDO N°0292-2026-GORE-ICA-DRSA-U.E.-402/D.E.

SEÑOR : LIC. JOHANA HERNANDEZ FAJARDO
COORDINADORA DE LA ESTRATEGIA DE DISCAPACIDAD

ASUNTO : AUTORIZACION PARA APLICAR RECOLECCION DE DATOS

REF. : NOTA N°09-2026-SPHRCRN

FECHA : NASCA, 09 DE FEBRERO DEL 2026

Mediante el presente me dirijo a Ud., para manifestarle que, esta Dirección Ejecutiva autoriza a su coordinación, la aplicación del instrumento para el trabajo de investigación de la Interna de Medicina Humana, **CAJO QUISPE CYNTHIA KATHERINE**, TITULADO: **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA DEPENDENCIA FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL RICARDO CRUZADO RIVAROLA DE NASCA.**

Cabe mencionar que dicho proyecto ha sido revisado y aprobado por la Unidad de apoyo a la Docencia e Investigación, de igual manera por el Comité de Ética e Investigación de nuestra entidad.

Asimismo, resaltar que la recolección de datos es estrictamente de carácter confiable y anónimo de todos los participantes, asimismo; se comunica que la ejecución de los instrumentos de investigación se dará en los horarios que usted considere conveniente. Por lo mencionado, agradeceré se sirva brindar las facilidades que sean necesarias en atención a lo solicitado.

Sin otro particular; es todo lo que comunico usted, para su conocimiento y demás fines.

Atentamente,

VRAF/D.E.
c.c Archivo.
c.c Coord. Estrategia de discapacidad
c.c. Interesado.

M^{te} C^{ma} JOHANA RIVERA FERNANDEZ
DIRECTOR EJECUTIVO

Evidencias fotográficas







Base de datos

I D	DEPENDEN CIA FUNC	EDAD	SEXO	PROCE DENCIA	GRADO INSTRUC	ESTAD O CIVIL	HTA	DM 2	ESTADO NUTRI	CAIDA Y FX	DEM ENCI A	SOLE DAD	CLASE	ALCO HOL	TABAC O
1	Moderada	70 a 79 años	Masc ulino	Urbano	Secunda ria	Separa do	No hiperte nso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	Con caída y fractura	No	Baja	Clase económica media	No consu me	Consu me
2	Moderada	70 a 79 años	Feme nino	Urbano	Secunda ria	Viudo	No hiperte nso	Sin DM	IMC 25 a más	No caídas ni fracturas	No	Med ia	Clase económica media	Consu me	No consu me
3	Leve	70 a 79 años	Feme nino	Urbano	Superior	Casado	No hiperte nso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	Si	Baja	Clase económica baja	No consu me	No consu me
4	Moderada	60 a 69 años	Masc ulino	Rural	Secunda ria	Convivi ente	No hiperte nso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Med ia	Clase económica media	No consu me	Consu me
5	Moderada	70 a 79 años	Feme nino	Urbano	Secunda ria	Separa do	No hiperte nso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Baja	Clase económica baja	No consu me	No consu me
6	Moderada	80 a más	Feme nino	Rural	Superior	Casado	No hiperte nso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	Si	Baja	Clase económica media	No consu me	No consu me
7	Leve	60 a 69 años	Masc ulino	Urbano	Superior	Casado	No hiperte nso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	Con caída y fractura	No	Alta	Clase económica media	No consu me	No consu me
8	Moderada	80 a más	Masc ulino	Rural	Superior	Separa do	No hiperte nso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Med ia	Clase económica media	No consu me	No consu me
9	Moderada	70 a 79 años	Feme nino	Urbano	Superior	Casado	No hiperte nso	Sin DM	IMC 25 a más	Con caída y fractura	No	Med ia	Clase económica media	No consu me	No consu me

10	Moderada	70 a 79 años	Femenino	Rural	Primaria	Casado	No hipertenso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Baja	Clase económica media	No consume	Consume
11	Leve	60 a 69 años	Femenino	Urbano	Secundaria	Casado	No hipertenso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	Con caída y fractura	No	Media	Clase económica media	No consume	No consume
12	Moderada	60 a 69 años	Femenino	Urbano	Secundaria	Casado	No hipertenso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Media	Clase económica media	No consume	No consume
13	Moderada	80 a más	Masculino	Urbano	Primaria	Casado	Hipertenso	Con DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Media	Clase económica baja	No consume	No consume
14	Leve	60 a 69 años	Femenino	Urbano	Secundaria	Conviviente	No hipertenso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Baja	Clase económica media	No consume	No consume
15	Moderada	70 a 79 años	Masculino	Rural	Primaria	Conviviente	No hipertenso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Media	Clase económica media	Consume	No consume
16	Moderada	70 a 79 años	Masculino	Urbano	Secundaria	Separado	No hipertenso	Sin DM	IMC 25 a más	No caídas ni fracturas	No	Media	Clase económica media	No consume	No consume
17	Moderada	70 a 79 años	Femenino	Urbano	Superior	Viudo	No hipertenso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Media	Clase económica media	No consume	No consume
18	Moderada	70 a 79 años	Masculino	Rural	Secundaria	Casado	No hipertenso	Sin DM	IMC 25 a más	No caídas ni fracturas	No	Alta	Clase económica media	No consume	Consume
19	Leve	70 a 79 años	Femenino	Urbano	Secundaria	Conviviente	Hipertenso	Con DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Baja	Clase económica media	Consume	No consume
2	Moderada	70 a	Feme	Urbano	Secunda	Casado	No	Sin	IMC	Con caída y	No	Med	Clase	No	No

0		79 años	nino		ria		hiperte nso	DM	18,5-24,9	fractura		ia	económica media	consu me	consu me
2 1	Grave	80 a más	Masc ulino	Urbano	Secunda ria	Soltero	No hiperte nso	Sin DM	IMC menor a 18,5	No caídas ni fracturas	Si	Med ia	Clase económica baja	No consu me	No consu me
2 2	Leve	60 a 69 años	Feme nino	Urbano	Secunda ria	Convivi ente	No hiperte nso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Baja	Clase económica media	No consu me	No consu me
2 3	Moderada	80 a más	Masc ulino	Urbano	Primaria	Casado	Hiperte nso	Sin DM	IMC 25 a más	No caídas ni fracturas	Si	Baja	Clase económica baja	No consu me	No consu me
2 4	Moderada	80 a más	Masc ulino	Urbano	Secunda ria	Separa do	No hiperte nso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	Con caída y fractura	No	Med ia	Clase económica media	No consu me	No consu me
2 5	Moderada	70 a 79 años	Masc ulino	Rural	Secunda ria	Viudo	No hiperte nso	Sin DM	IMC 25 a más	No caídas ni fracturas	No	Alta	Clase económica baja	No consu me	No consu me
2 6	Grave	80 a más	Masc ulino	Urbano	Secunda ria	Separa do	No hiperte nso	Con DM	IMC 25 a más	No caídas ni fracturas	No	Med ia	Clase económica baja	No consu me	No consu me
2 7	Grave	70 a 79 años	Masc ulino	Rural	Secunda ria	Separa do	Hiperte nso	Sin DM	IMC 25 a más	Con caída y fractura	No	Med ia	Clase económica baja	No consu me	No consu me
2 8	Moderada	70 a 79 años	Masc ulino	Urbano	Primaria	Convivi ente	No hiperte nso	Sin DM	IMC 25 a más	No caídas ni fracturas	No	Baja	Clase económica media	No consu me	No consu me
2 9	Moderada	70 a 79 años	Feme nino	Urbano	Primaria	Casado	No hiperte nso	Sin DM	IMC 25 a más	No caídas ni fracturas	No	Baja	Clase económica media	Consu me	No consu me
3 0	Moderada	70 a 79	Feme nino	Urbano	Primaria	Casado	No hiperte	Sin DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Med ia	Clase económica	No consu	No consu

		años					nso						media	me	me
3 1	Moderada	60 a 69 años	Masc ulino	Urbano	Secunda ria	Separa do	No hiperte nso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	Con caída y fractura	No	Med ia	Clase económica media	Consu me	No consu me
3 2	Moderada	60 a 69 años	Masc ulino	Rural	Superior	Casado	No hiperte nso	Sin DM	IMC 25 a más	No caídas ni fracturas	No	Baja	Clase económica media	No consu me	No consu me
3 3	Moderada	70 a 79 años	Feme nino	Urbano	Superior	Separa do	Hiperte nso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Med ia	Clase económica media	No consu me	No consu me
3 4	Moderada	80 a más	Feme nino	Rural	Secunda ria	Convivi ente	Hiperte nso	Sin DM	IMC 25 a más	No caídas ni fracturas	No	Baja	Clase económica media	No consu me	No consu me
3 5	Leve	60 a 69 años	Feme nino	Rural	Superior	Convivi ente	Hiperte nso	Sin DM	IMC 25 a más	No caídas ni fracturas	No	Med ia	Clase económica media	No consu me	No consu me
3 6	Grave	80 a más	Feme nino	Rural	Primaria	Viudo	No hiperte nso	Con DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Med ia	Clase económica baja	No consu me	No consu me
3 7	Leve	60 a 69 años	Masc ulino	Rural	Superior	Viudo	No hiperte nso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Baja	Clase económica media	No consu me	No consu me
3 8	Leve	60 a 69 años	Feme nino	Urbano	Superior	Convivi ente	No hiperte nso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Baja	Clase económica media	No consu me	No consu me
3 9	Grave	60 a 69 años	Masc ulino	Urbano	Secunda ria	Casado	No hiperte nso	Con DM	IMC 25 a más	Con caída y fractura	No	Med ia	Clase económica media	Consu me	No consu me
4 0	Grave	70 a 79 años	Masc ulino	Rural	Secunda ria	Soltero	No hiperte nso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	Con caída y fractura	Si	Med ia	Clase económica media	Consu me	No consu me

41	Grave	80 a más	Femenino	Rural	Primaria	Soltero	No hipertenso	Sin DM	IMC menor a 18,5	Con caída y fractura	Si	Alta	Clase económica media	No consume	Consumo
42	Moderada	80 a más	Femenino	Urbano	Superior	Viudo	No hipertenso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	Si	Baja	Clase económica baja	No consume	No consumo
43	Grave	70 a 79 años	Femenino	Rural	Superior	Viudo	Hipertenso	Sin DM	IMC menor a 18,5	No caídas ni fracturas	Si	Baja	Clase económica media	No consume	Consumo
44	Grave	80 a más	Femenino	Rural	Primaria	Viudo	No hipertenso	Sin DM	IMC 25 a más	No caídas ni fracturas	No	Media	Clase económica media	No consume	No consumo
45	Moderada	70 a 79 años	Masculino	Rural	Secundaria	Casado	No hipertenso	Sin DM	IMC menor a 18,5	Con caída y fractura	No	Media	Clase económica baja	No consume	No consumo
46	Moderada	70 a 79 años	Masculino	Rural	Secundaria	Viudo	No hipertenso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Alta	Clase económica media	No consume	No consumo
47	Moderada	70 a 79 años	Masculino	Urbano	Secundaria	Conviviente	No hipertenso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	Con caída y fractura	Si	Baja	Clase económica media	No consume	No consumo
48	Grave	70 a 79 años	Femenino	Urbano	Secundaria	Separado	No hipertenso	Sin DM	IMC menor a 18,5	No caídas ni fracturas	Si	Media	Clase económica media	Consumo	No consumo
49	Moderada	70 a 79 años	Femenino	Rural	Superior	Viudo	No hipertenso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Media	Clase económica baja	No consume	No consumo
50	Moderada	70 a 79 años	Masculino	Rural	Secundaria	Casado	No hipertenso	Con DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Media	Clase económica media	No consume	No consumo
5	Moderada	70 a	Femenino	Urbano	Secundaria	Viudo	No	Sin	IMC 25 a	Con caída y	No	Med	Clase	No	Consumo

1		79 años	nino		ria		hiperte nso	DM	más	fractura		ia	económica baja	consu me	me
5 2	Moderada	60 a 69 años	Masc ulino	Urbano	Secunda ria	Separa do	No hiperte nso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Baja	Clase económica media	Consu me	No consu me
5 3	Moderada	70 a 79 años	Feme nino	Urbano	Primaria	Convivi ente	Hiperte nso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Alta	Clase económica baja	No consu me	Consu me
5 4	Moderada	70 a 79 años	Masc ulino	Rural	Primaria	Casado	No hiperte nso	Sin DM	IMC 25 a más	No caídas ni fracturas	No	Alta	Clase económica media	No consu me	Consu me
5 5	Moderada	70 a 79 años	Masc ulino	Rural	Superior	Soltero	No hiperte nso	Con DM	IMC menor a 18,5	No caídas ni fracturas	No	Med ia	Clase económica media	Consu me	No consu me
5 6	Moderada	70 a 79 años	Masc ulino	Urbano	Secunda ria	Viudo	No hiperte nso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Baja	Clase económica baja	No consu me	No consu me
5 7	Leve	60 a 69 años	Masc ulino	Urbano	Primaria	Separa do	No hiperte nso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Med ia	Clase económica baja	No consu me	No consu me
5 8	Leve	60 a 69 años	Feme nino	Urbano	Superior	Convivi ente	No hiperte nso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Baja	Clase económica media	No consu me	No consu me
5 9	Grave	80 a más	Masc ulino	Rural	Primaria	Soltero	Hiperte nso	Con DM	IMC 25 a más	No caídas ni fracturas	No	Med ia	Clase económica media	Consu me	No consu me
6 0	Leve	70 a 79 años	Masc ulino	Urbano	Superior	Convivi ente	No hiperte nso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Baja	Clase económica media	No consu me	No consu me
6 1	Moderada	70 a 79	Feme nino	Urbano	Secunda ria	Casado	No hiperte	Sin DM	IMC menor a	No caídas ni fracturas	No	Med ia	Clase económica	No consu	No consu

		años					nso		18,5				media	me	me
62	Leve	60 a 69 años	Femenino	Rural	Secundaria	Casado	No hipertenso	Sin DM	IMC 25 a más	No caídas ni fracturas	No	Media	Clase económica baja	No consume	No consume
63	Leve	60 a 69 años	Femenino	Urbano	Secundaria	Conviviente	No hipertenso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Baja	Clase económica media	Consume	No consume
64	Moderada	70 a 79 años	Femenino	Urbano	Primaria	Casado	No hipertenso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Media	Clase económica media	No consume	No consume
65	Moderada	60 a 69 años	Masculino	Rural	Secundaria	Casado	Hipertenso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Media	Clase económica media	Consume	No consume
66	Grave	80 a más	Femenino	Rural	Secundaria	Soltero	Hipertenso	Sin DM	IMC menor a 18,5	Con caída y fractura	No	Media	Clase económica baja	No consume	Consume
67	Moderada	70 a 79 años	Masculino	Rural	Secundaria	Separado	No hipertenso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Baja	Clase económica media	No consume	No consume
68	Moderada	70 a 79 años	Femenino	Urbano	Secundaria	Casado	No hipertenso	Con DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Baja	Clase económica media	No consume	No consume
69	Grave	70 a 79 años	Femenino	Rural	Secundaria	Viudo	Hipertenso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Alta	Clase económica media	No consume	Consume
70	Grave	80 a más	Masculino	Rural	Primaria	Separado	Hipertenso	Con DM	IMC 25 a más	Con caída y fractura	No	Baja	Clase económica baja	No consume	Consume
71	Moderada	70 a 79 años	Femenino	Urbano	Secundaria	Viudo	No hipertenso	Sin DM	IMC 25 a más	No caídas ni fracturas	No	Media	Clase económica baja	Consume	No consume

72	Leve	70 a 79 años	Femenino	Urbano	Secundaria	Casado	No hipertenso	Con DM	IMC 25 a más	No caídas ni fracturas	No	Media	Clase económica media	Consumo	No consumo
73	Moderada	70 a 79 años	Femenino	Urbano	Secundaria	Viudo	No hipertenso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Baja	Clase económica media	No consumo	No consumo
74	Moderada	70 a 79 años	Femenino	Urbano	Secundaria	Viudo	No hipertenso	Sin DM	IMC 25 a más	No caídas ni fracturas	Si	Media	Clase económica media	No consumo	No consumo
75	Moderada	70 a 79 años	Femenino	Urbano	Superior	Viudo	Hipertenso	Con DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Media	Clase económica media	Consumo	Consumo
76	Grave	80 a más	Masculino	Rural	Secundaria	Separado	No hipertenso	Con DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Media	Clase económica baja	Consumo	Consumo
77	Leve	70 a 79 años	Femenino	Urbano	Secundaria	Separado	No hipertenso	Con DM	IMC 25 a más	No caídas ni fracturas	No	Baja	Clase económica media	No consumo	No consumo
78	Leve	60 a 69 años	Femenino	Urbano	Primaria	Casado	No hipertenso	Sin DM	IMC 25 a más	No caídas ni fracturas	No	Media	Clase económica baja	No consumo	No consumo
79	Moderada	70 a 79 años	Femenino	Urbano	Superior	Conviviente	No hipertenso	Sin DM	IMC 25 a más	No caídas ni fracturas	No	Media	Clase económica baja	No consumo	No consumo
80	Moderada	70 a 79 años	Masculino	Urbano	Superior	Viudo	No hipertenso	Sin DM	IMC 25 a más	No caídas ni fracturas	No	Media	Clase económica media	No consumo	Consumo
81	Leve	60 a 69 años	Femenino	Urbano	Primaria	Casado	No hipertenso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Alta	Clase económica baja	No consumo	No consumo
8	Leve	70 a	Feme	Rural	Superior	Convivi	No	Sin	IMC	No caídas	No	Baja	Clase	No	No

2		79 años	nino			ente	hiperte nso	DM	18,5-24,9	ni fracturas			económica media	consu me	consu me
8 3	Moderada	70 a 79 años	Masc ulino	Urbano	Secunda ria	Convivi ente	No hiperte nso	Sin DM	IMC menor a 18,5	No caídas ni fracturas	No	Med ia	Clase económica media	No consu me	No consu me
8 4	Leve	60 a 69 años	Feme nino	Urbano	Primaria	Convivi ente	No hiperte nso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Baja	Clase económica media	No consu me	Consu me
8 5	Leve	60 a 69 años	Feme nino	Urbano	Secunda ria	Viudo	No hiperte nso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Med ia	Clase económica media	Consu me	No consu me
8 6	Leve	70 a 79 años	Feme nino	Urbano	Secunda ria	Casado	No hiperte nso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Baja	Clase económica media	Consu me	No consu me
8 7	Leve	60 a 69 años	Masc ulino	Urbano	Superior	Viudo	Hiperte nso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Med ia	Clase económica media	No consu me	No consu me
8 8	Moderada	80 a más	Feme nino	Urbano	Secunda ria	Viudo	No hiperte nso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Baja	Clase económica baja	Consu me	No consu me
8 9	Leve	60 a 69 años	Feme nino	Rural	Secunda ria	Casado	No hiperte nso	Sin DM	IMC 25 a más	No caídas ni fracturas	No	Med ia	Clase económica media	No consu me	No consu me
9 0	Moderada	80 a más	Masc ulino	Urbano	Primaria	Separa do	No hiperte nso	Con DM	IMC menor a 18,5	No caídas ni fracturas	No	Med ia	Clase económica media	No consu me	Consu me
9 1	Moderada	60 a 69 años	Masc ulino	Urbano	Superior	Casado	No hiperte nso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Baja	Clase económica baja	No consu me	No consu me
9 2	Leve	60 a 69	Feme nino	Urbano	Superior	Separa do	No hiperte	Sin DM	IMC 25 a más	Con caída y fractura	No	Baja	Clase económica	No consu	No consu

		años					nso						media	me	me
93	Grave	80 a más	Masculino	Rural	Primaria	Soltero	Hipertenso	Sin DM	IMC 25 a más	Con caída y fractura	No	Media	Clase económica baja	Consumo	No consumo
94	Moderada	60 a 69 años	Masculino	Rural	Secundaria	Conviviente	No hipertenso	Sin DM	IMC 25 a más	No caídas ni fracturas	No	Alta	Clase económica media	Consumo	No consumo
95	Moderada	70 a 79 años	Femenino	Urbano	Superior	Conviviente	Hipertenso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Media	Clase económica baja	No consumo	Consumo
96	Moderada	70 a 79 años	Masculino	Rural	Secundaria	Viudo	No hipertenso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Media	Clase económica baja	No consumo	No consumo
97	Moderada	70 a 79 años	Masculino	Rural	Secundaria	Viudo	Hipertenso	Con DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Baja	Clase económica media	No consumo	No consumo
98	Leve	80 a más	Masculino	Urbano	Secundaria	Conviviente	No hipertenso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Media	Clase económica media	No consumo	Consumo
99	Moderada	80 a más	Masculino	Urbano	Secundaria	Separado	Hipertenso	Con DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Media	Clase económica media	Consumo	No consumo
100	Moderada	70 a 79 años	Masculino	Urbano	Superior	Viudo	Hipertenso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Alta	Clase económica media	No consumo	No consumo
101	Moderada	70 a 79 años	Masculino	Rural	Secundaria	Viudo	Hipertenso	Sin DM	IMC 25 a más	No caídas ni fracturas	No	Alta	Clase económica media	Consumo	No consumo
102	Leve	60 a 69 años	Femenino	Urbano	Secundaria	Separado	No hipertenso	Sin DM	IMC 25 a más	No caídas ni fracturas	No	Baja	Clase económica media	No consumo	No consumo

103	Moderada	70 a 79 años	Masculino	Urbano	Secundaria	Casado	No hipertenso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Media	Clase económica media	No consume	Consume
104	Leve	60 a 69 años	Femenino	Urbano	Superior	Casado	No hipertenso	Sin DM	IMC menor a 18,5	No caídas ni fracturas	No	Media	Clase económica media	No consume	Consume
105	Leve	60 a 69 años	Femenino	Urbano	Secundaria	Soltero	No hipertenso	Sin DM	IMC 25 a más	No caídas ni fracturas	No	Media	Clase económica media	No consume	No consume
106	Moderada	70 a 79 años	Masculino	Urbano	Secundaria	Separado	No hipertenso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Baja	Clase económica baja	No consume	No consume
107	Moderada	80 a más	Masculino	Urbano	Secundaria	Separado	No hipertenso	Sin DM	IMC 25 a más	No caídas ni fracturas	No	Alta	Clase económica media	Consume	No consume
108	Leve	60 a 69 años	Masculino	Urbano	Superior	Conviviente	No hipertenso	Sin DM	IMC 25 a más	No caídas ni fracturas	No	Media	Clase económica baja	No consume	No consume
109	Moderada	80 a más	Masculino	Urbano	Secundaria	Conviviente	No hipertenso	Sin DM	IMC 25 a más	No caídas ni fracturas	No	Media	Clase económica media	Consume	No consume
110	Leve	70 a 79 años	Femenino	Urbano	Primaria	Casado	Hipertenso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Media	Clase económica media	No consume	No consume
111	Moderada	70 a 79 años	Masculino	Urbano	Secundaria	Separado	Hipertenso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Alta	Clase económica media	No consume	No consume
112	Grave	80 a más	Masculino	Urbano	Superior	Conviviente	Hipertenso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	Con caída y fractura	No	Alta	Clase económica baja	No consume	No consume
1	Moderada	80 a	Masc	Urbano	Primaria	Soltero	Hiperte	Sin	IMC 25 a	No caídas	No	Med	Clase	No	Consu

1 3		más	ulino				nso	DM	más	ni fracturas		ia	económica baja	consu me	me
1 1 4	Moderada	70 a 79 años	Feme nino	Rural	Primaria	Casado	No hiperte nso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Alta	Clase económica baja	Consu me	Consu me
1 1 5	Leve	70 a 79 años	Masc ulino	Rural	Secunda ria	Casado	Hiperte nso	Sin DM	IMC menor a 18,5	No caídas ni fracturas	No	Baja	Clase económica baja	No consu me	No consu me
1 1 6	Moderada	70 a 79 años	Masc ulino	Rural	Superior	Soltero	No hiperte nso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Med ia	Clase económica media	No consu me	No consu me
1 1 7	Leve	60 a 69 años	Feme nino	Urbano	Primaria	Convivi ente	No hiperte nso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Baja	Clase económica media	No consu me	No consu me
1 1 8	Leve	70 a 79 años	Feme nino	Urbano	Superior	Convivi ente	No hiperte nso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Med ia	Clase económica media	No consu me	No consu me
1 1 9	Leve	70 a 79 años	Feme nino	Urbano	Superior	Viudo	No hiperte nso	Sin DM	IMC 25 a más	No caídas ni fracturas	No	Baja	Clase económica media	Consu me	No consu me
1 2 0	Grave	80 a más	Masc ulino	Urbano	Primaria	Separa do	No hiperte nso	Sin DM	IMC 25 a más	Con caída y fractura	No	Alta	Clase económica baja	No consu me	No consu me
1 2 1	Moderada	70 a 79 años	Feme nino	Rural	Secunda ria	Soltero	No hiperte nso	Con DM	IMC 25 a más	No caídas ni fracturas	No	Alta	Clase económica media	Consu me	No consu me
1 2 2	Moderada	70 a 79 años	Masc ulino	Rural	Superior	Viudo	No hiperte nso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Med ia	Clase económica media	No consu me	No consu me
1 2	Leve	60 a 69	Masc ulino	Urbano	Superior	Viudo	No hiperte	Sin DM	IMC 25 a más	No caídas ni fracturas	Si	Med ia	Clase económica	No consu	No consu

3		años					nso						media	me	me
1 2 4	Leve	80 a más	Femenino	Urbano	Secundaria	Conviviente	No hipertenso	Sin DM	IMC menor a 18,5	Con caída y fractura	No	Baja	Clase económica media	No consume	No consume
1 2 5	Grave	80 a más	Masculino	Urbano	Primaria	Separado	No hipertenso	Con DM	IMC menor a 18,5	Con caída y fractura	No	Alta	Clase económica baja	No consume	Consume
1 2 6	Moderada	80 a más	Masculino	Urbano	Primaria	Conviviente	Hipertenso	Sin DM	IMC 25 a más	Con caída y fractura	No	Alta	Clase económica baja	No consume	No consume
1 2 7	Moderada	70 a 79 años	Masculino	Urbano	Primaria	Conviviente	No hipertenso	Sin DM	IMC menor a 18,5	No caídas ni fracturas	No	Alta	Clase económica baja	No consume	No consume
1 2 8	Grave	70 a 79 años	Masculino	Urbano	Secundaria	Separado	Hipertenso	Sin DM	IMC menor a 18,5	Con caída y fractura	Si	Baja	Clase económica media	Consume	No consume
1 2 9	Moderada	70 a 79 años	Masculino	Rural	Secundaria	Soltero	No hipertenso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Baja	Clase económica media	Consume	No consume
1 3 0	Moderada	70 a 79 años	Masculino	Rural	Secundaria	Separado	No hipertenso	Sin DM	IMC 18,5-24,9	No caídas ni fracturas	No	Media	Clase económica media	Consume	No consume
1 3 1	Leve	60 a 69 años	Femenino	Urbano	Superior	Viudo	No hipertenso	Sin DM	IMC 25 a más	No caídas ni fracturas	No	Baja	Clase económica media	No consume	No consume