



Universidad
Norbert Wiener

Powered by **Arizona State University**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA
MÉDICA EN TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

Tesis

Riesgo de caída y capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un centro religioso. Carabayllo-Lima. 2024

Para optar el Título Profesional de
Licenciada en Tecnología Médica en Terapia Física y Rehabilitación

Presentado por:

Autora: Tomas Pacheco, Marisol Claudia

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-0575-5758>

Asesor: Mg. Puma Chombo, Jorge Eloy

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8139-1792>

Lima – Perú

2024

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo, Marisol Claudia Tomas Pacheco egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Escuela Académica Profesional de **Tecnología Médica** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación “Riesgo de caída y capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un centro religioso. Carabayllo-Lima. 2024” Asesorado por el docente: Jorge Eloy Puma Chombo DNI:42717285 ORCID:0000-0001-8139-1792 tiene un índice de similitud de (4) (CUATRO) % con código Oid: 14912:381170668 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
Firma de autor

Nombres y apellidos del Egresado:
 Marisol Claudia Tomas Pacheco
 DNI: 46374331



.....
Firma del asesor

Nombres y apellidos del Asesor:
 Jorge Eloy Puma Chombo
 DNI:42717285

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01

Es obligatorio utilizar adecuadamente los filtros y exclusión del turnitin: excluir las citas, la bibliografía y las fuentes que tengan menos de 1% de palabras. EN caso se utilice cualquier otro ajuste o filtros, debe ser debidamente justificado en el siguiente recuadro.

En el reporte turnitin se ha excluido manualmente como se observa en la parte final del mismo lo que compone a la estructura del modelo de tesis de la universidad, como instrucciones o material de plantilla, redacción común o material citado, que no compromete la originalidad de la tesis.

Lima, ...24...de...septiembre... de.....2024...

Dedicatoria

Este proyecto de investigación lo ofrendo a nuestro supremo Dios dador de la vida y buenas facultades para con el ser humano como me lo concede al alcanzar la titulación profesional.

A mi madrecita Dionicia Pacheco Bustillos, ejemplo de valentía y la fortaleza recibida de mi querida hermana Blanca Lida y mis sobrinos Esmeralda, Mateo y Daniel.

Así como a mi amado novio Richard Pomacaja y su bella familia por el apoyo incondicional.

Agradecimiento

A mis tutores del taller de investigación Mg. Santos Chero y Mg. Jorge Puma por la motivación, enseñanza y desafíos planteados y monitoreados.

A los líderes del centro religioso adventista del séptimo día por el permiso y confianza de abrirme las puertas para ejecutar el proyecto en sus feligreses.

A Richard, Jazmín, familia de Henry Manrique por su apoyo oportuno y eficaz.

Para concluir, a todos aquellos que sumaron para lograr la meta y cada adulto mayor que participo de manera voluntaria para fines objetivos, muchísimas gracias.

Índice

Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice.....	v
Resumen.....	x
Abstract	xi
Introducción	xii
CAPITULO I: EL PROBLEMA.....	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del problema	2
1.2.1 Problema general.....	2
1.2.2 Problemas específicos	3
1.3. Objetivos de la investigación	3
1.3.1 Objetivo general	3
1.3.2 Objetivos específicos	3
1.4. Justificación de la investigación	4
1.4.1 Teórica	4
1.4.2 Metodológica	4
1.4.3 Práctica.....	5
1.5. Delimitaciones de la investigación	5
1.5.1 Temporal	5
1.5.2 Espacial	5

1.5.3 Recursos	5
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	6
2.1. Antecedentes	6
2.1.1. Antecedentes internacionales	6
2.1.2. Antecedentes nacionales	6
2.2. Bases teóricas	8
2.2.1 Adulto mayor	8
2.2.2 Riesgo de caída	9
2.2.3 Capacidad funcional.....	11
2.3. Formulación de hipótesis	11
2.3.1 Hipótesis general.....	11
2.3.2 Hipótesis específicas	12
CAPITULO III: METODOLOGÍA	12
3.1. Método de la investigación	12
3.2. Enfoque de la investigación	12
3.3. Tipo de investigación	12
3.4. Diseño de la investigación	13
3.5. Población, muestra y muestreo	13
3.5.1 Población.....	13
3.5.2 Muestra.....	13
3.5.3 Muestreo.....	14
3.5.4 Criterios de inclusión	14

3.5.5 Criterios de exclusión.....	14
3.6. Variables y operacionalización	15
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	17
3.7.1 Técnica.....	17
3.7.2 Descripción	17
3.7.3 Validación	21
3.7.4 Confiabilidad.....	21
3.8. Procesamiento y análisis de datos	21
3.9. Aspectos éticos.....	22
CAPÍTULO IV: PRESENTACION Y DISCUSION DE LOS	
RESULTADOS.....	22
4.1 Resultados	22
4.1.1 Análisis descriptivo de resultados	23
4.1.3 Discusión de resultados.....	32
CAPÍTULO V: CONCLUSION Y RECOMENDACIONES	34
5.1 Conclusiones	34
5.2 Recomendaciones.....	35
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	37

ANEXOS.....	43
Anexo 1: Matriz de consistencia.....	44
Anexo 2: Instrumentos.....	47
Anexo 3: Validez del instrumento.....	53
Anexo 4: Confiabilidad del instrumento.....	56
Anexo 5: Aprobación del comité de ética.....	57
Anexo 6: Formato del consentimiento informado.....	58
Anexo 7: Carta de aprobación de la institución para la recolección de datos.....	60
Anexo 8: Informe del asesor de Turnitin.....	61

Índice de Tablas

Tabla 1.-Operacionalizacion de variables.....	15
Tabla 2.-Ficha técnica del instrumento “escala de Tinetti”	18
Tabla 3.-Ficha técnica del instrumento “índice de Barthel”	20
Tabla 4.-Resumen del procesamiento de casos.....	22
Tabla 5.-Prueba de normalidad.....	23
Tabla 6.-Distribucion según edad.....	23
Tabla 7.-Distribucion según genero.....	24
Tabla 8.-Distribucion según estado civil.....	25
Tabla 9.-Cuenta con cuidador.....	26
Tabla 10.-Presencia de comorbilidades.....	27
Tabla 11.-Recibe terapia farmacológica.....	27
Tabla 12.-V1 Riesgo de caída.....	28
Tabla 13.-V2 Capacidad funcional.....	29
Tabla 14.-Correlacion entre riesgo de caída y capacidad funcional.....	30
Tabla 15.-Relación entre la dimensión marcha del riesgo de caída y capacidad funcional en adultos mayores.....	31
Tabla 16.- Relación entre la dimensión equilibrio del riesgo de caída y capacidad funcional en adultos mayores.....	32

Índice de figuras

Figura 1.- Asignación por edad.....	24
Figura 2.- Asignación por genero.....	25
Figura 3.- Asignación por estado civil.....	26
Figura 4.- Cuenta con cuidador.....	26
Figura 5.- Presencia sobre comorbilidades.....	27
Figura 6.- Recibe terapia farmacológica.....	28
Figura 7.- V1 Riesgo a caída.....	28
Figura 8.- V2 Capacidad funcional.....	29

Resumen

Objetivo: “Determinar la relación entre el riesgo de caída y capacidad funcional en adultos mayores en un centro religioso Carabayllo-Lima 2024”.**Material y método:** El instrumento aplicado para medir el riesgo de caída fue la escala de Tinetti y para capacidad funcional el índice de Barthel ,con una muestra de 80 adultos mayores de un centro religioso Carabayllo-Lima en el periodo de este año 2024.La metodología es hipotético - deductivo, tipo cuantitativo, con enfoque aplicado, investigación no experimental,sub-diseño correlacional y de corte transversal. La información recaudada se almacenó en un formato de Excel, como consiguiente ser examinados mediante un software de Spss 29 y los criterios de calificación según Rho de Spearman. **Resultados:** En este estudio investigativo se obtuvieron que el (68.75%) de AM son de género femenino, siendo la edad sobresaliente de 60-65 años de edad (31.25%). Evidenciando que el (45%) padece riesgo de caída y un (6.25%) alto riesgo de caída. Asimismo, el (71.25%) AM son independientes con la diferencia del (28.75%) con leve dependencia en las ABVD.

Conclusiones: Se afirma la existencia de un destacado vínculo entre riesgo de caída y capacidad funcional con una correlación Rho Spearman = 0.753 que es alta y positiva.

Palabras Claves: *Adulto mayor, riesgo de caída, capacidad funcional*

Abstract

Objective: “To determine the relationship between the risk of falling and functional capacity in older adults in a religious center Carabayllo-Lima 2024”.**Material and method:** The instrument applied to measure the risk of falling was the Tinetti scale and for functional capacity the Barthel index, with a sample of 80 older adults in a religious center Carabayllo-Lima in the period of this year 2024.the methodology is hypothetical - deductive, quantitative type, with applied approach, non-experimental research, correlational sub-design and cross-sectional. The information collected was stored in an Excel format, and consequently examined by means of Spss 29 software and the qualification criteria according to Spearman's Rho.

Results: In this research study it was obtained that (68.75%) of the MA are female, with an outstanding age of 60-65 years old (31.25%). It is evident that (45%) are at risk of falling and (6.25%) are at high risk of falling. Likewise, (71.25%) MA are independent with the difference of (28.75%) with mild dependence in ABVD.

Conclusions: The existence of an outstanding link between fall risk and functional capacity is affirmed with a Rho Spearman correlation = 0.753 which is high and positive.

Key words: Older adult, fall risk, functional capacity.

Introducción

Debido al acelerado crecimiento de la tercera edad a nivel mundial, América Latina y nuestro querido Perú, la salud pública enfrenta problemas de gran magnitud respecto a la vulnerabilidad frente al riesgo de caída de este grupo etario, convirtiéndose en la segunda causa de muerte. Y aunque no produzca la muerte instantánea en la mayoría de los casos deja daños graves con discapacidad o situación de dependencia total o parcial. Por esto el propósito del estudio es “Determinar la relación entre el riesgo de caída y capacidad funcional en adultos mayores en un centro religioso Carabayllo-Lima 2024”.

Por lo referido en el párrafo anterior el presente estudio brindara un aporte significativo frente a esta problemática que va en crecimiento, no viéndolo como problema sino en proporcionar la mejor abordaje de manera mancomunada con las especialidades de salud, así como con el mejor manejo por parte de los familiares y cuidadores a cargo de la unidad de estudio como se plantea detectar a través de instrumentos de evaluación objetivas y confiables, para que a continuación se ejecute la fomentación y prevención a través de campañas/talleres de salubridad para mejorar la condición de vida con esquemas pedagógicos no solo para el paciente sino también para su cuidador o familiar ,de este modo disminuir o prevenir riesgos de caídas y optimizando la capacidad funcional de esta población. Sumándose este proyecto de utilidad a futuras investigaciones al respecto.

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Las perspectivas de la Población Universal, datan lo siguiente, respecto al crecimiento acelerado de la tercera edad, correspondiente al grupo etario de 65 años en adelante, a un incremento hasta 2050, trayendo cambios sociales de gran relevancia en este siglo XXI, afectando distintos sectores de la sociedad como la alta demanda de bienes y servicios, la salud integral y familiar (1).

De esta manera se sabe que la salud pública mundial enfrenta problemas de gran magnitud respecto a la vulnerabilidad frente al riesgo de caídas para este grupo etario, convirtiéndose en la segunda causa de muerte, que registran 684 000 caídas mortales anuales de estos el 60 % de muertes por caídas se dan en regiones del Pacífico Occidental y Asia Sudoriental y el otro porcentaje se dan en países en vías de desarrollo (2).

En Latinoamérica y el Caribe se estima un aumento considerable de envejecimiento más rápido en comparación con otras regiones del mundo (Naciones Unidas,2022), con efectos importantes en el ámbito económico, social y epidemiológico (3).En EE. UU, un 20-30% de caídas en adultos mayores (AM) son de afección moderada y grave (4).

En Perú, de tres AM uno sufre caída, considerando que los que tienen 80 años a más volverán a caerse en los próximos 12 meses, el geriatra del Hospital Loayza manifestó que 68% de caídas en AM requerirá atención sanitaria, además añadió que el 5% tendrán fractura, de estos 1% de cadera, ya que el 50% de los que allí se atienden son parte de esta incidencia (5).

Debido a estos requerimientos de alta demanda de atención por parte del área sanitaria y la falta de recursos y su sostenibilidad, hace que la gente mayor llegue a este ciclo de su existencia con alta carga de enfermedad crónica no transmisible que implica la pérdida de su funcionalidad, incrementando la situación de dependencia en personas mayores que podría triplicarse para el 2050 (6).

En Trujillo, se hizo un estudio cuantitativo y transversal cuyo objetivo fue “determinar la predicción de las caídas y caídas recurrentes asociada a factores de riesgo en los ancianos” arrojó con un predominio del 30.5% de este incidente y de caídas reiteradas del 14%, con predisposición de los más vulnerables y dependientes de un apoyo perenne para la realización de las actividades de la vida diaria (AVD), perteneciendo a este grupo el hecho de ser mujer, vivir solo(a), entre otras características (7).

Lima metropolitana cuenta con un 10.8% (963,353) de AM (8). Por lo que esta población se ve propensa a caídas, según reporte de la emergencia traumatológica del hospital nacional Edgardo Rebagliati dejando traumatismos moderadas, traumatismos severos en cadera, cerebrales y otros, al punto de quedarse como dependientes totales o el cese de la vida (9).

En un estudio hecho en un distrito de Lima se halló que ante un riesgo de caída (RC) el género femenino, funcionamiento orgánico (factor intrínseco) es el vulnerable y que tiene mucho que ver el ambiente (factor extrínseco) donde vive tanto interno como externo (10).

Cabe mencionar que hay estudios que la confirman dicho estudio y uno de ellos se realizó en el distrito de los Olivos donde se determinó, que la capacidad funcional (CF) y el RC es proporcionalmente significativo (11).

Por lo expuesto en los párrafos anteriores, es preciso al investigador estudiar la “relación entre el riesgo de caída y capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un centro religioso Carabaylo.Lima.2024”, con la finalidad de conocer qué afectación se encuentra en esta población a dicho problema.

1.2. Formulación del problema

1.2.1 Problema general

- ❖ ¿Cuál es la relación entre riesgo de caída y capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un centro religioso Carabaylo-Lima. 2024?

1.2.2 Problemas específicos

- ❖ ¿Cuáles son las características sociodemográficas en adultos mayores que asisten a un centro religioso Carabayllo-Lima.2024?

- ❖ ¿Cuáles son las características clínicas en adultos mayores que asisten a un centro religioso Carabayllo-Lima.2024?

- ❖ ¿Cuál es el riesgo de caída en adultos mayores que asisten a un centro religioso Carabayllo-Lima.2024?

- ❖ ¿Cuál es la capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un centro religioso Carabayllo-Lima.2024?

- ❖ ¿Cuál es la relación entre la dimensión marcha del riesgo de caída y capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un centro religioso Carabayllo-Lima. 2024?

- ❖ ¿Cuál es la relación entre la dimensión equilibrio del riesgo de caída y capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un centro religioso Carabayllo-Lima. 2024?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

- Determinar la relación entre el riesgo de caída y capacidad funcional en adultos mayores.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas en adultos mayores.
- Identificar las características clínicas en adultos mayores.

- Identificar el riesgo de caída en adultos mayores.
- Identificar la capacidad funcional en adultos mayores.
- Identificar la relación entre la dimensión marcha del riesgo de caída y capacidad funcional en adultos mayores.
- Identificar la relación entre la dimensión equilibrio del riesgo de caída y capacidad funcional en adultos mayores.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica

La OMS define caída un suceso imprevisto en la cual un individuo pierde la estabilidad y cae el cuerpo en cualquier superficie, con efectos leves, de discapacidad o mortales (12).

La CF es la capacidad autónoma de una persona para realizar AVD tanto individuales y colectivas de manera independiente (13).

Por ello este proyecto de investigación buscará correlacionar ambas variables del RC y la CF, como fuente de consulta a futuras investigaciones de la línea fisioterapéutica de pre o posgrado u otras áreas sanitarias.

1.4.2 Metodológica

El sondeo optará por un solo corte (transversal), elegirá como herramienta la escala de Tinetti (ET) y el índice de Barthel (IB), con el fin de conseguir la conexión entre RC y CF. Los mismos serán validados por especialistas junto a un expediente elaborado por el investigador para obtener toda información necesaria, asimismo la credibilidad se realizará a través de una prueba previa.

De este modo ambos instrumentos podrán ser empleados a futuro por distintos investigadores con estudios similares

1.4.3 Práctica

Este proyecto planteado tiene como objeto “determinar la relación entre el RC y CF en AM”, la misma que nos va a brindar mejores tácticas de abordaje en la asistencia primaria de salud; por mencionar, la fomentación y prevención a través de campañas/talleres de salubridad para mejorar la condición de vida con esquemas pedagógicos no solo para el paciente sino también para su cuidador o familiar a los cuales se entregará de manera física trípticos didácticos de cuidados preventivos en casa y fuera de ella ,de este modo disminuyendo o previniendo riesgos de caídas y optimizando la CF de este grupo etario. Siendo este proyecto de utilidad a futuras investigaciones al respecto.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1 Temporal

Este proceso indagativo abarcará un lapso definido considerando una elaboración planificada y coordinada que inicia del 24 enero hasta 30 mayo del 2024.

1.5.2 Espacial

La zona determinada a desarrollarse dicho proyecto será en el centro religioso de Carabayllo, que se encuentra en la Urbanización Santa Isabel, Jirón los tulipanes 380, Lima. Con referencia al lado del Colegio Adventista “Jesús el buen sembrador”.

1.5.3 Recursos

Se contará con un equipo para la evaluación del mismo centro religioso y los materiales de escritorio para realizar la investigación son los siguientes: papel bond, folder manila con faster, lapiceros, lápices, balanza seca, impresión de ET, impresión del IB, actas de aprobación, silla sin apoyabrazos, cronómetro.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Tapia y Molina (14) plantearon así su propósito: “Comparar características de AM con y sin riesgo de caídas, relacionar la condición física y características con el riesgo de caídas en AM autovalentes de la ciudad de Chillán”. La metodología abordada fue de tipo cuantitativo, no experimental-un solo corte, de cotejo y correlativa. Su población evaluada fue de 52 ancianos. El instrumento que utilizaron fue para riesgo de caída (Timed Up and Go) y capacidad funcional (Senior Fitness Test...). Obtuvieron los siguientes resultados correlacionales: tuvieron relación con el RC ciertas variables como: terapia farmacológica; práctica de ejercicio físico a la semana; la condición física en tren superior e inferior, estabilidad estática/dinámico. Asimismo, concluyeron que la ingesta de fármacos por día, el número de ejercicio físico semanal, el acondicionamiento físico como la fuerza en tren superior e inferior, equilibrio estático/dinámico guardan relación con el riesgo de caídas.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Quispe y Sacsara (15) tuvieron como prioridad: “Determinar la relación entre la valoración de RC y el grado de CF en el adulto mayor”. Establecieron un estudio con esquema no experimental, corte único, correlativo y descriptivo, su muestra consideró 100 AM. Las herramientas de investigación que usaron son: cuestionarios de RC, Tinetti y CF de Barthel. Obtuvieron los siguientes resultados: un grado evidente que RC está vinculada moderadamente con la dependencia funcional. También existe conexión con la perspectiva de equilibrio con la variable dependencia funcional, y no existe conexión de la marcha con la dependencia funcional. Finalmente demostraron la asociación del riesgo de caídas y el rango de CF en el AM, existiendo paralelismo entre la edad y sexo, tanto en la CF como en la estabilidad.

Sovero (16) en su estudio presentó como objetivo “determinar la asociación entre CF y RC en AM”. Quien aplicó el método descriptivo de tipo transversal y relacional, examinó 130 AM; para quienes a continuación dispuso los medios de valoración: IB y la escala de Lawton y Brody para funcionalidad y ET para RC. De dicho estudio resultó que el 62% tuvieron RC; el 54% CF dependiente. Por ende, afirmó evidentemente una conectividad destacada entre CF y RC en el estudio de indagación en dicho distrito.

Calle (17) tuvo como objetivo: “Analizar la relación de la CF con el riesgo de caídas del adulto mayor”. Hizo un estudio con dirección cuantificada, de alcance interrelacional, de un solo corte, considerando a 150 ancianos. Utilizó los siguientes medios: el IB, escala de Lawton y Brody y la ET. Encontró que el 63.33% son del género femenino más que el masculino; de su porción escogida la mayoría son viudos, separados, convivientes y pocos casados; el 80% vive en lugares urbanizados y el 20% en lugares rústicos; la CF en sus dimensiones: actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y destrezas instrumentales, obtuvo un 16.7 % y 18 % respectivamente en relación a riesgo de caídas, que hay dependencia severa con riesgo moderado de caída; por otro lado en su dimensión marcha instrumental con el riesgo de caídas, arroja un 18.7% de una alto grado de dependencia con bajo riesgo de caídas. Determinó, finalmente, que para ambas variables se estima un 29.5% de dependencia severa con bajo riesgo de caídas.

Pérez (18) opto como objeto: “Determinar la relación entre el riesgo de caídas y la CF en AM” la metodología que empleó fue correlativa, de tipo transversal, bosquejo no experimental y enfoque cuantitativo; considero 50 personas de la tercera edad; sus instrumentos aplicados fueron para la primera variante, riesgo de caídas en la senectud se hizo mediante un cuestionario de J.H. Downton y para CF del adulto mayor por medio del IB. Quien halló que un 56% tiene una moderada probabilidad a tropiezos, autonomía y ligero apoyo sobre la CF por un 46%.

Asimismo, concluyó que hay conexión estimable entre variables; un riesgo moderado a caídas y leve dependencia en cuanto a CF.

León y Tarazona (19) presentaron como objetivo: “determinar la relación entre CF y riesgo de caídas en AM”, en su estudio utilizaron una metodología básica, observacional, con dos variables, cuantitativo y con una sola toma; abordaron a 25 AM. Los instrumentos que usaron fueron para CF índice de Katz y la escala de Lawton y Brody. Por tanto, obtuvieron como resultados de la correlación de sus variables, del grupo de independientes 28% se reportan sin riesgo y 4% están expuestos a dicho problema. Además del conjunto de incapacitación moderada presenta un 48% de AM con inseguridad latente, 4% no están bajo seguridad y el mismo porcentaje expuesta en alta inseguridad. En definitiva, del porcentaje de incapacitación severo 12% aparecen con inseguridad muy destacada. Dedujeron una correlación significativamente mediana entre CF y RC en AM; identificaron que existe una relación mediana entre CF en su variable acciones básicas y riesgo de caídas en AM; además identificaron que existe una interconexión moderada entre CF en su perspectiva que van más allá de las tareas básicas que desarrollan destrezas de desenvolvimiento e interacción y riesgo de caídas en AM.

2.2. Bases teóricas

2.2.1 Adulto mayor

Considerado todo individuo con edad cronológica de 60 años (ONU), no así en los países desarrollados consideran como AM a toda persona desde los 65 años, siendo el rango de edad un indicador de la vejez, pero que al mismo tiempo no es un todo determinante (20).

2.2.1.1 Proceso del envejecimiento

Es un proceso constante de cambios variados en toda el área biopsicosocial a lo largo de la vida de una persona, los cuales no son uniformes de un individuo a otro. Al mismo tiempo se suman los factores epigenéticos y los hábitos practicados como la condición de su entorno que repercuten al bienestar integral o al desenlace de una enfermedad (21).

2.2.1.2 Características del envejecimiento

Algunas de las características son: es heterogéneo, es una experiencia personal en grado y tiempo; es irreversible, es una realidad; es universal, todo ser vivo envejece; es progresivo, avanza cada día. También se observan cuatro elementos en el ser humano: lentitud, rigidez, disminución a nivel funcional y adelgazamiento. En este siglo se habla del envejecimiento exitoso, la cual recalca que incluir una espiritualidad positiva beneficia nuestra vejez (22).

2.2.2 Riesgo de caída

Todo acontecimiento inesperado que precipite al suelo contra su voluntad (OMS). Para que esto suceda hay factores predisponentes que alteran las fases de la marcha y la estabilidad de una persona por mencionar: dificultad con la agudeza visual, como del oído interno; disminución de la circulación sanguínea; aminoración de la autopercepción de su ser y de la respuesta refleja autónoma; pérdida de masa muscular y degeneración de estructuras articulares (23).

2.2.2.1 Escala de Tinetti

Constituye una prueba que evalúa la marcha y la estabilidad, aplicado en sujetos de la tercera edad para determinar precozmente la exposición a caídas de los mismos. Consta de 22 indicadores y dos dimensiones: equilibrio y marcha. Para dicha evaluación se necesitan de 10-

15 minutos, para ello es necesario contar con una silla sin apoyabrazos; espacio de 5m de longitud; un cronómetro y un evaluador (24).

2.2.2.2 Marcha humana

Desplazamiento locomotor hacia delante del centro de gravedad en bipedestación con movimientos alternos, rítmicos, coordinando las extremidades y el tronco. La etapa de una marcha comienza con una pierna puesta el talón en el piso y finaliza cuando hace otro tope de talón del mismo lado de la pierna que inicio la marcha. Sus facetas más relevantes son: la faceta de soporte y balance (25).

2.2.2.3 Marcha en el adulto mayor

En esta etapa de la vida ocurren una sucesión de alteraciones a nivel cerebral central o periférico que controlan el equilibrio y el aparato locomotor afectando las facetas de la marcha. Esta marcha guarda ciertas características: la compostura del cuerpo con propulsión hacia adelante de cabeza, tronco, cadera y de ambas rodillas. Las partes distales del cuerpo con menor balanceo, pasos cortos y el aumento de su base de sustentación de modo progresivo. Hay cambios musculoesqueléticos, con debilidad del tobillo, pantorrillas y disminución de la flexibilidad por la carencia de producción de colágeno en el organismo (26).

2.2.2.4 Equilibrio

Proceso en la que una persona controla su centro de masa corporal del cuerpo en relación a su área de sustentación. Considerándose en estado estático y dinámico (27).

2.2.2.5 Equilibrio en el adulto mayor

Para este conjunto de personas es primordial en mantener un destacado grado de equilibrio para el desempeño de las ABVD, como: caminar, sentarse, levantarse, bajar y subir escalares. La

alteración de la misma no sólo trae dificultades funcionales, sino que conlleva a riesgo de caídas, afectando más la actividad con profundas consecuencias (28,29).

2.2.3 Capacidad funcional

Se trata de la capacidad autónoma de un individuo para desempeñar roles importantes en las ABVD, de manera que le permita interactuar con su entorno sin apoyo (30,31). Donde se maneja la capacidad intrínseca, compuesta por el dominio de las capacidades físicas y mentales, las cuales son seis: la capacidad visual, auditiva, cognitiva, psicológica, locomotriz y vitalidad (32). En tanto que en el entorno refiere estímulos externos en el hogar, comunidad y sociedad (33).

2.2.3.1 Escala de Barthel

Esta herramienta mide la necesidad de apoyo en las AVD e independencia del ser humano en ABVD, evalúa diez criterios: desplazamiento y retorno de la silla a la recámara, capacidad de la higiene personal, ducharse, usar los servicios higiénicos, comer, caminar, subir escalones, dominio de esfínter urinario y rectal. Expresando que la valoración es de 0-100; si es menor o igual que cero es completamente dependiente y si tiene cien es completamente independiente (34).

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1 Hipótesis general

Hi: Existe relación entre riesgo de caída y capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un centro religioso Carabayllo. Lima 2024

Ho: No existe relación entre riesgo de caída y capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un centro religioso Carabayllo. Lima 2024.

2.3.2 Hipótesis específicas

Hi1: Existe relación entre la dimensión marcha del riesgo de caída y capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un centro religioso Carabayllo. Lima. 2024.

Ho1: No existe relación entre la dimensión marcha del riesgo de caída y capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un centro religioso Carabayllo. Lima. 2024.

Hi2: Existe relación entre la dimensión equilibrio del riesgo de caída y capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un centro religioso Carabayllo. Lima. 2024.

H02: No existe relación entre la dimensión equilibrio del riesgo de caída y capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un centro religioso Carabayllo. Lima. 2024.

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

Durante el proceso de averiguación se pretenderá verificar o refutar las hipótesis planteados por el método deductivo de los últimos hallazgos, que indican al estudio hipotético-deductivo (35).

3.2. Enfoque de la investigación

Se verificarán los datos de manera objetiva a través del proceso deductivo, cuantificable y análisis inferencial, que probara las hipótesis. La misma que arrojará respuestas generalizadas, de esta manera se empleará el enfoque cuantitativo (36).

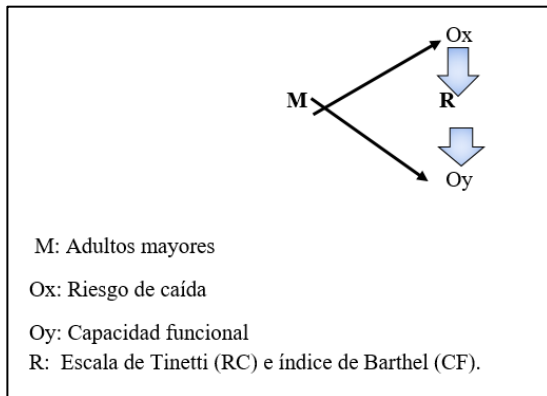
3.3. Tipo de investigación

Frente a la problemática planteada y su resolución, el estudio será aplicado, no sistemático (buscará soluciones), con enfoque cuantitativo descriptivo (37).

3.4. Diseño de la investigación

Se optará por el análisis no experimental, con diseño correlacional de las variables RC y CF no serán manipuladas ni controladas por el investigador, de corte transversal y observacional, por lo que se obtendrá información directa, para su estudio posterior (38).

Gráfico 1



Fuente: Elaboración propia

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1 Población

Son todos los participantes que reúnen características semejantes para el estudio (39), es decir, este proyecto contará con 80 AM que asisten al centro religioso “SANTA ISABEL” de Carabayllo, Lima.

3.5.2 Muestra

Pertenece a una porción selectiva de la población (40), de este modo estará conformada por 80 AM que concurren al centro religioso SANTA ISABEL de Carabayllo, Lima 2024.

3.5.3 Muestreo

Los participantes serán elegidos de una manera no probabilística por conveniencia por la accesibilidad y proximidad al indagador (41). Y de tipo censal, considerando el número total de individuos ya mencionados (42).

3.5.4 Criterios de inclusión

- AM que asisten al centro religioso “SANTA ISABEL”.
- AM que consientan participar.
- AM que llenen la encuesta del estudio.
- AM presentes en el momento de la valoración.

3.5.5 Criterios de exclusión

- AM con descarte confirmado que padecen problemas neurológicos.
- AM que emplean silla de ruedas/muletas para su traslado.
- AM que sus familiares nieguen su participación.
- AM con algún(os) síntoma(s) agudo(s) del dolor o resfríos sintomáticos.

3.6. Variables y operacionalización

Tabla 1.- Operacionalización de las variables

VARIABLES:	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	ESCALA VALORATIVA	INSTRUMENTO
V1: RIESGO DE CAÍDA	Suceso inesperado, que precipita al individuo contra el suelo fuera de su voluntad (23).	Cuestionario que evalúa dos dimensiones, con una escala de 28 puntos, cada escala valora de 0-2. Acorde a ello identificar el grado de riesgo de caída alto menor a 24 puntos.	Equilibrio Marcha	Silla (1,2) Pie (3-12) Inicio de marcha (13) Trayectoria (13-15) Sobre obstáculo (16)	Ordinal	Sin riesgo de caída: mayor a 24 Riesgo de caída: 19-24 Alto riesgo de caídas: menor a 19	Escala de Tinetti
V2: CAPACIDAD FUNCIONAL	Capacidad autónoma de una persona para realizar las ABVD permitiendo interactuar con su entorno sin apoyo (30,31).	Es un cuestionario bidimensional, contiene 10 ítems evaluando de cero a cien puntos. A partir de ello conocer la CF de los participantes.	Autocuidado Movilidad	Comer Aseo personal Vestido Uso de los Servicios Trasladarse Deambular Escalones	Cuantitativo razón	Dependiente Total:(-20 puntajes) Grave:(20-35 p.) Moderado:(40-55 p.) Leve:(+60 p.) Independiente (100 p.)	Índice de Barthel

Factor sociodemográfico	Características del individuo en los aspectos biopsicosocial-económico-cultural, medio donde se desenvuelve.	Se considerarán aspectos propios del individuo y su medio.	Edad	Número de años	Cuantitativo Intervalo	60-65 a 66-71 a 72-77 a 78-83 a 84-89 a	Ficha de recolección de datos
			Género	Características físicas	Cualitativo Nominal	Masculino Femenino	
			Estado civil	Condición de relación que guarda con otra persona.	Cualitativo Nominal	Soltero(a) Conviviente Casado Viudo(a)	
			Cuidador	Persona que asiste a otra persona.	Cualitativo Nominal	Si No	
Factores clínicos	Características sintomatológicas revisadas, evaluadas, valoradas e identificadas por un profesional de la salud.	Se considerará el estado hemodinámico y grado de afectación del participante.	Recibe terapia farmacológica	Prescripción médica de fármacos	Cualitativo nominal	Si No	
			Presencia de comorbilidad	Antecedentes patológicos	Cualitativo Nominal	Sobrepeso Obesidad Diabetes II Hipertensión arterial Otros	

Fuente: Elaboración propia

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1 Técnica

Para esta ET que mide la marcha y equilibrio la técnica será observacional y encuesta para el IB para examinar la CF. Además de estos se contará con una ficha creada por el indagador para recolectar la información complementaria del participante a evaluar.

Para la obtención de datos siguió un proceso direccionado de esta manera:

- A continuación de recibir la aceptación de proyecto por parte del Comité de Ética, se requerirá una correspondencia de manifestación escrita de parte de la Escuela Académico Profesional de Tecnología Médica, para gestionar el permiso a los líderes del centro religioso “SANTA ISABEL”, Carabayllo. Los mismos son: Pr. Jhonatan Escriba y 1er.anciano Aurelio Chávez con quienes se coordinará para efectivizar dicho proyecto. Al termino se recogerá toda la información, siendo necesario primero contar con el consentimiento firmado o dejado su huella de aprobación por cada participante.
- La información se reunirá en un tiempo de :15 minutos para el primer instrumento ET (RC) y para el instrumento IB (CF) se necesitarán 10 minutos, sumando en total del tiempo casi media hora.

3.7.2 Descripción

A fin recaudar la información se creará una ficha practica que se distribuirá en cuatro pasos:

I paso: se obtendrá los datos sociodemográficos los cuales son: edad 60-65 años

66-71,72-77,78-83 ,84-89 años; género (varón, mujer); condición civil: solo(a),

conviviente, tiene cónyuge, viudo(a), cuidador (si, no).

II paso: datos clínicos, Recibe terapia farmacológica (si, no); Presencia de comorbilidad (Sobrepeso, Obesidad, Diabetes tipo 2, Hipertensión arterial, Otros).

- **III paso: ET**

ET es un elemento útil y efectivo al momento de valorar la marcha y equilibrio del AM, elaborado por la distinguida Dra. Mary Tinetti en la universidad de Yale (EE. UU-1986). La cual contiene una serie de indicadores que suman 28 puntos, dividido en dos dimensiones marcha y equilibrio, a través de las ABVD establecidas como sentarse, levantarse de la silla, ponerse de pie, girar y caminar. Cada ítem valora una escala de 0-2, cero significa incapacidad para ejecutar la actividad y 2 explica una respuesta esperada. La puntuación esperada para el segmento equilibrio es 16 y para el segmento marcha es 12. Sumado entre ambos segmentos arroja un total de 28, lo que explica que igual o menor a 24 apunta un alto riesgo de caídas. Esta herramienta ayuda a detectar problemas de marcha y equilibrio en AM, de esta manera permite la intervención oportuna del personal de salud abordar hacia la prevención o disminuir el riesgo de caída mejorando la independencia de este grupo vulnerable (43).

TABLA 2: Ficha Técnica del instrumento “escala de Tinetti”

FICHA TECNICA DEL INSTRUMENTO “ESCALA DE TINETTI”	
Nombre:	ET
Autor:	Mary Tinetti en el año 1986
Versión Española:	Adaptado 2011, validado 2012 por Rodríguez y Lugo (Colombia)
Aplicación en Perú:	“Riesgo de caída y la capacidad funcional en el adulto mayor en el Hospital Alberto Hurtado Abadía – Oroya, mayo a setiembre 2018” Quispe y Sacsara
Confiabilidad:	Alfa de Cronbach 0.91
Validez:	Alfa de Cronbach 0.95
Población:	Evaluar la marcha y el equilibrio del individuo

Administración:	Por el terapeuta
Duración de la prueba:	15 minutos
Grupos de aplicación:	Adultos de 60 a 89 años de edad
Calificación:	Manual
Uso:	Observar el comportamiento de la marcha y equilibrio en el AM
Materiales:	Formato físico del instrumento
Distribución de los ítems:	Baremo: Sin riesgo de caída: mayor a 24 puntos Riesgo de caída: 19-24 puntos Riesgo alto de caídas: menor a 19 puntos

- **IV paso: IB**

El IB, llamado también el índice de Discapacidad de Maryland, presentado por los doctores F.I. Mahoney y D.W. Barthel (EE. UU - 1955), herramienta fiable y válida de investigación que valora las tareas diarias de la vida. Hetero-aplicadas. La cual evalúa 10 actividades que responder a través de una encuesta hecha a los participantes/cuidador para determinar el nivel de CF. La puntuación será 0,5 o 10 Y de hasta 15 para algunos puntos. La suma total de los puntos considerados Explica que 100 puntos (90 puntos aquellos que usan silla de ruedas) corresponde a una persona independiente y 0 -20 puntos definiría a una persona con dependencia total (44,45).

TABLA 3: Ficha Técnica del instrumento “Índice de Barthel”

FICHA TECNICA DEL INSTRUMENTO “ÍNDICE DE BARTHEL”	
Nombre:	IB
Autor:	Mahoney y Barthel 1965
Versión Española:	Adaptada 1993 por Baztán et al
Aplicación en Perú:	“Capacidad funcional y riesgo de caída en adultos mayores del CIAM del distrito de los Olivos 2017” Sovero
Confiabilidad:	Alfa de Cronbach 0.84 y 0.97
Validez:	Perfil de PULSES (-0.74 a -0.90)
Población:	Evaluar la capacidad funcional de AM
Administración:	Por el fisioterapeuta
Duración de la prueba:	10 minutos
Grupos de aplicación:	Adultos mayores de 60 a 89 años.
Calificación:	Manual
Uso:	Analizar la capacidad funcional del AM
Materiales:	Copia impresa del instrumento
Distribución de los ítems:	Baremo: Dependiente Total: -20 puntos Grave:20-35 puntos Moderado:40-55 puntos Leve: +60 puntos Independiente: 100 puntos

3.7.3 Validación

Nivel de precisión por el cual se evalúan la(s) variable(s); (46). Siendo la validez en el marco de los antecedentes expuestos para “Escala de Tinetti” según Alfa de Cronbach 0,95 y para el “índice de Barthel” según perfil de PULSES 0,75-0,90 interpretándose que ambos instrumentos tienen excelente validez (16).

Por tanto, los instrumentos en este proyecto, obtuvieron la validación de tres expertos con doctorado, maestría y especialidad de la facultad AEPTM quienes tienen conocimiento al respecto. Los tales calificaron de la siguiente manera: para la ET una validez de 1.0 de igual manera para IB, según Herrera, equivale a una excelente validación (47).

3.7.4 Confiabilidad

Magnitud de eficacia con el cual una herramienta genera respuestas considerables, de manera que al aplicar dicho instrumento repetidas veces en dicha muestra, se obtengan respuestas semejantes (48). En los antecedentes mencionados se obtuvo el grado de confiabilidad para ET según Alfa de Cronbach 0.91 e IB según Alfa de Cronbach 0.84 y 0.97 explica que ambas herramientas con de excelente confiabilidad (46).

Para sustentar la fiabilidad de los instrumentos abordados en el proyecto, se realizó una prueba piloto a 35 AM. Obteniendo el nivel de confiabilidad según alfa de Cronbach de la siguiente manera: para la ET una fiabilidad de 0.823 y para IB 0.671, según Herrera, alta y buena confiabilidad respectivamente (48).

3.8. Procesamiento y análisis de datos

Una vez alcanzado el total de numero planteados para la recolección de datos en el centro religioso Santa Isabel en el distrito de Carabayllo, se examinó cada ficha que se encuentre en completo y correcto llenado, descartándose las incompletas. Después se almaceno todos los datos en una hoja de cálculo de Excel, considerose un código numeral para trabajarlo en el formato estadístico. Este base de datos codificados se analizó a través del programa de Spss

versión 29, para su valoración e interpretaciones correspondientes. Y para los criterios de calificación se dispuso del estadígrafo de Rho de Spearman.

3.9. Aspectos éticos

Se abordó el trato humanizado a cada participante en el momento de la evaluación, sin que padeciera algún riesgo de incidentes. Para lo cual tuvieron que firmar un consentimiento informado previo. De esta manera referirles que los resultados obtenidos se manejaran prudente y de modo confidencial. Puesto que es propicio considerar los fundamentos éticos de la exposición actualizada de Helsinki (World Medical Association, 2013), la misma que incluye la importancia de protección de la integridad, intimidad y confianza en todo proceso de investigación para con la persona y sus datos brindados (49).

CAPÍTULO IV: PRESENTACION Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

4.1 Resultados

Se muestran los resultados del análisis estadístico de la información recolectada sobre riesgo de caída y capacidad funcional del adulto mayor en un centro religiosos de Carabayllo-Lima, 2024.

Prueba de normalidad

Tabla 4.- *Resumen del procesamiento de casos*

	Resumen de procesamiento de casos					
	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Riesgo de caída	80	100.0%	0	0.0%	80	100.0%
Capacidad Funcional	80	100.0%	0	0.0%	80	100.0%

FUENTE: Elaboración propia

Tabla 5.- Prueba de normalidad

	Pruebas de normalidad					
	Kolmogórov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Riesgo de caída	0.134	80	0.001	0.945	80	0.002
Capacidad Funcional	0.390	80	0.000	0.506	80	0.000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Prueba de normalidad para riesgo de caída: Según resultados de la prueba de normalidad se interpreta que el grado de libertad (gl) es de 80 por lo tanto se empleará la prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov con un valor de P valor (Sig.) de 0.001 esto determina que la distribución de datos no presenta normalidad.

Prueba de normalidad para variable Capacidad funcional: Según resultados de la prueba de normalidad se denota que el grado de libertad (gl) es de 80 por lo tanto se empleara la prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov con un valor de P valor (Sig.) de 0.000 esto determina que la distribución de datos no presenta normalidad.

Para ambas pruebas el valor de normalidad aceptada en la prueba Kolmogórov-Smirnov con la corrección Lilliefors el valor de Sig. es de $P > 0.05$.

4.1.1 Análisis descriptivo de resultados

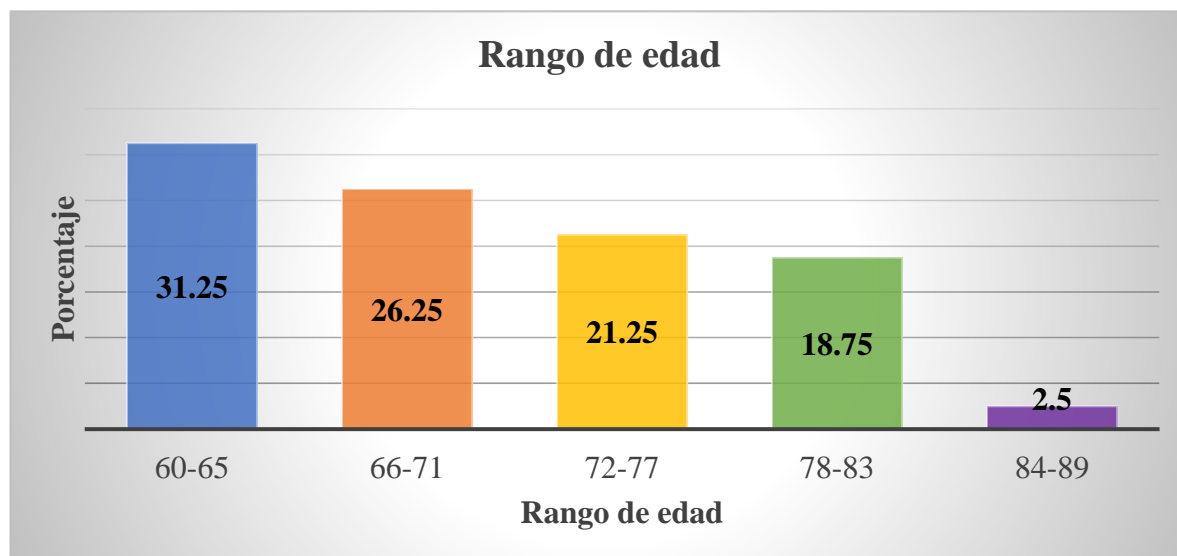
Características Sociodemográficas del adulto mayor

Tabla 6.- Asignación por edad

	Rango de edad		
	Frecuencia	Porcentaje	
Válido	60-65	25	31.3
	66-71	21	26.3
	72-77	17	21.3
	78-83	15	18.8
	84-89	2	2.5

Total	80	100.0
-------	----	-------

Fuente: Elaboración propia

Figura 1.- Asignación por edad

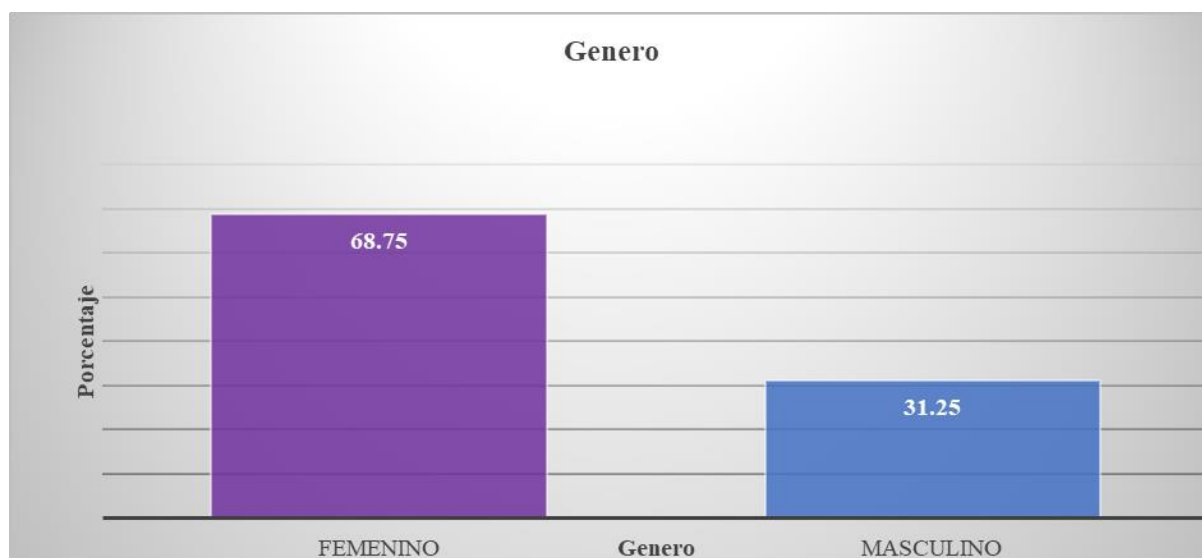
Fuente: Elaboración propia

Interpretación: la tabla 6 y figura 1, muestran que del total de 80 AM que participaron en la encuesta; el (31.25%) se encuentran en el rango de edades de 60-65 años; el (26.25%) entre los 66-71 años; el (21.25%) pertenecen al grupo de edades 72-77 años y (18.75%) oscilan entre los 84-89 años.

Tabla 7.- Asignación por genero

		Género	
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Femenino	55	68.8
	Masculino	25	31.3
	Total	80	100.0

Fuente: Elaboración propia

Figura 2.- Asignación por genero

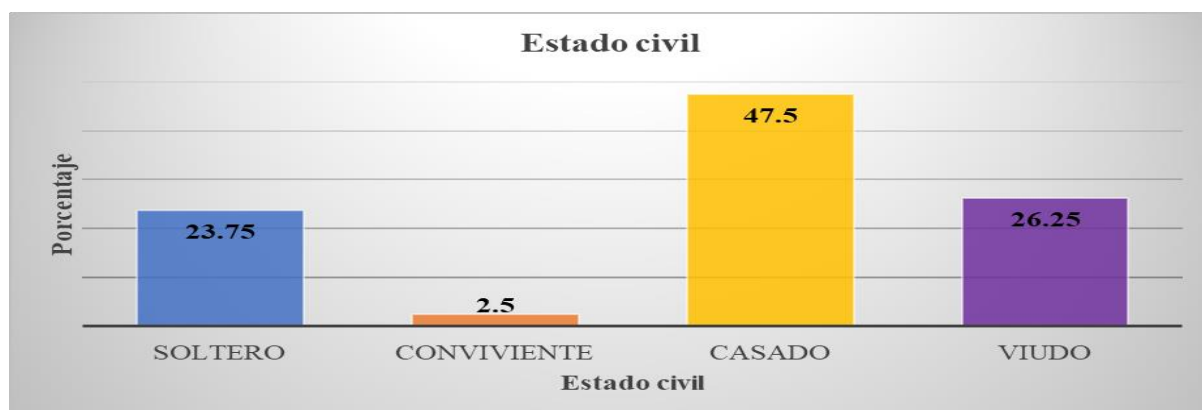
Fuente: Elaboración propia

Interpretación: De la tabla 7 y figura 2 se explica que del total de 80 AM que participaron en el estudio; el (68.75%) son femeninas y el (31.25 %) son masculinos.

Tabla 8: Asignación por Estado civil

		Estado civil	
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Soltero	19	23.8
	Conviviente	2	2.5
	Casado	38	47.5
	Viudo	21	26.3
	Total	80	100.0

Fuente: Elaboración propia

Figura 3: Asignación por Estado civil

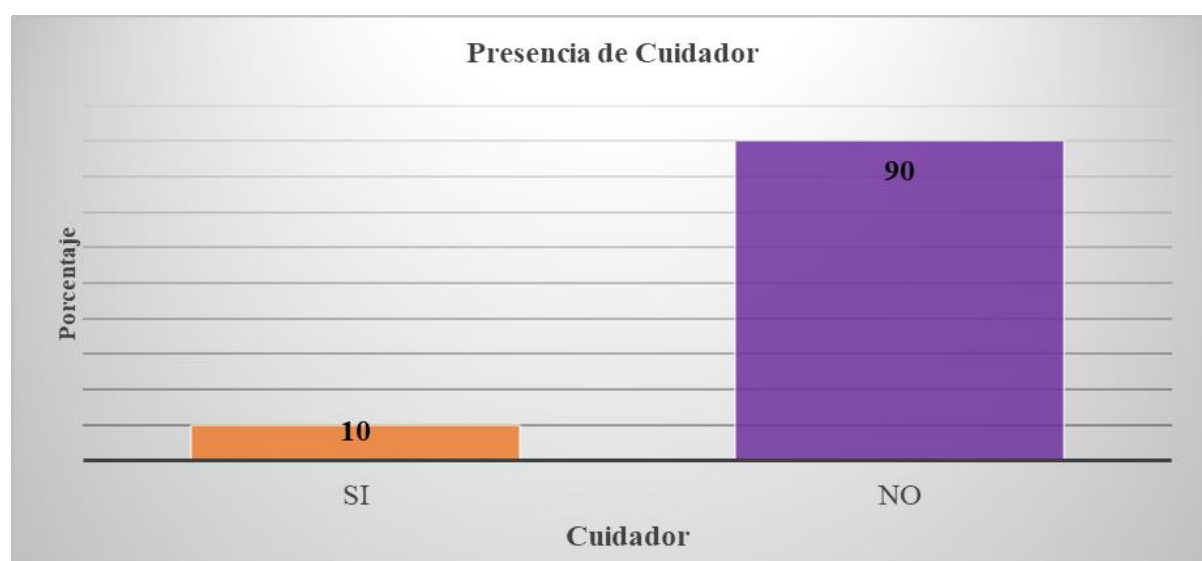
Fuente: Elaboración propia

Interpretación: De la tabla 8 y figura 3 se deduce que de los 80 AM encuestados; el (47.5 %) son casados, el (26.25%) son viudos, el (23.75%) son solteros y un menor grupo con (2.5%) conviven con su pareja.

Tabla 9: Cuenta con cuidador

		Presencia de Cuidador	
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	8	10.0
	No	72	90.0
	Total	80	100.0

Fuente: Elaboración propia

Figura 4: Cuenta con cuidador

Fuente: Elaboración propia

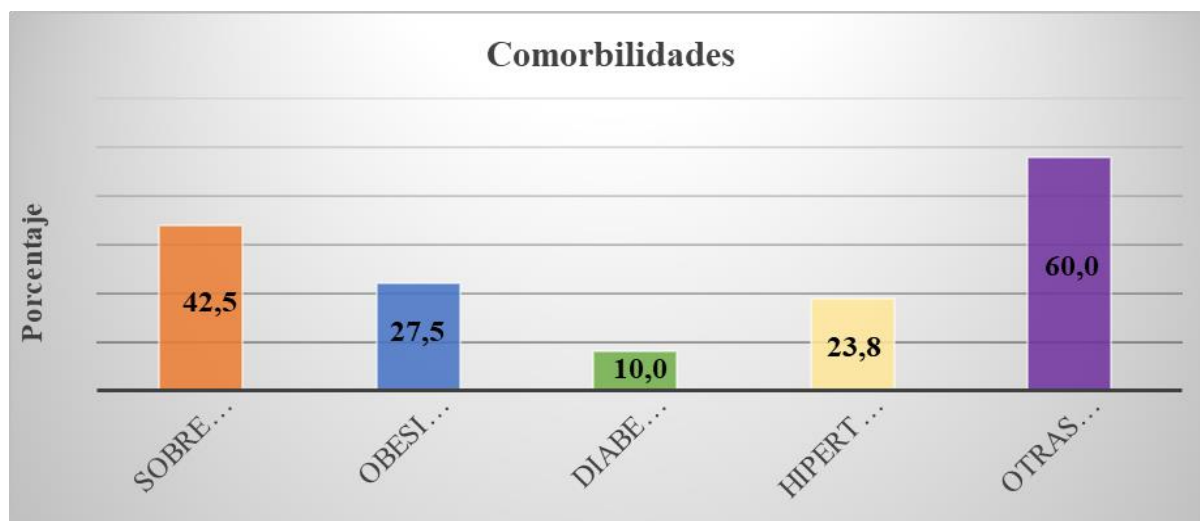
Interpretación: De la tabla 9 y figura 4 se registra que del 80 AM que participaron en la encuesta; el (90%) no cuenta con un cuidador para desarrollar sus ABVD, mientras que un (10%) cuenta con la presencia de un cuidador.

Tabla 10: Presencia sobre comorbilidades

	Frecuencia	Porcentaje
Sobrepeso	34	42,5
Obesidad	22	27,5
Diabetes	8	10,0
Hipertensión Arterial	19	23,8
Otras enfermedades	48	60,0

Fuente: Elaboración propia

Figura 5: Presencia sobre comorbilidades



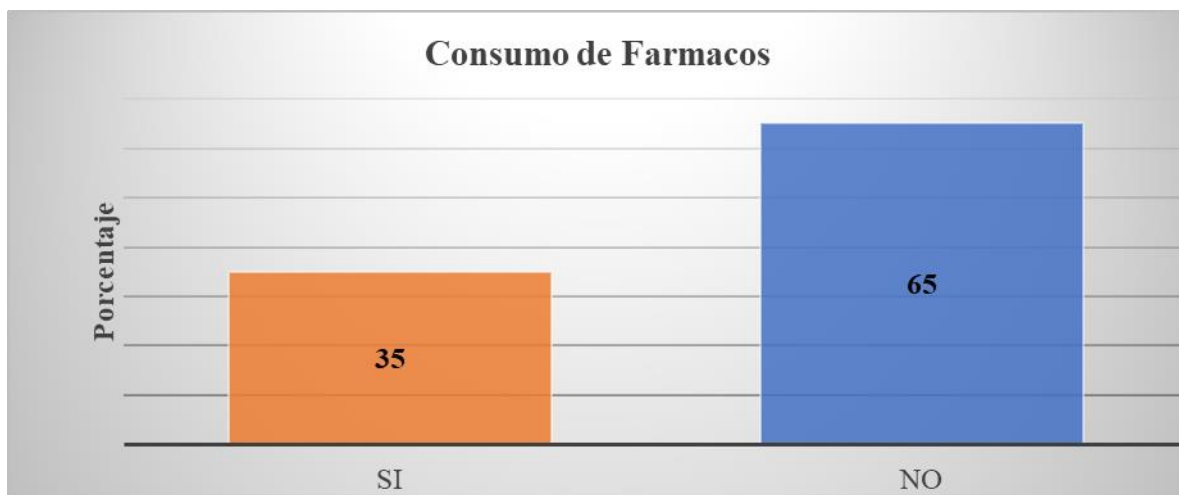
Fuente: Elaboración propia

Interpretación: De la tabla 10 y figura 5 se expone que del total de 80 AM que fueron parte de la encuesta; el (60%) tienen otras comorbilidades, el (42.5%) esta con sobrepeso, el (27.5%) padece de obesidad, el (23.8%) sufre con hipertensión arterial y un (10%) lucha con la diabetes.

Tabla 11: Recibe terapia farmacológica

		Consumo de Fármacos	
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Si	28	35.0
	No	52	65.0
	Total	80	100.0

Fuente: Elaboración propia

Figura 6: Recibe terapia farmacológica

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: De la tabla 11 y figura 6 se observa que del total de 80 AM que participaron de la encuesta, el (65%) no recibe terapia farmacológica y en menor porcentaje de (35%) si esta con terapia con fármacos.

Tabla 12: Variable 1: Riesgo a caída

Nivel de riesgo de caída		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Alto riesgo de caída	5	6.3
	Riesgo de caída	36	45.0
	Sin riesgo de caída	39	48.8
Total		80	100.0

Fuente: Elaboración propia

Figura 7: Variable 1: Riesgo a caída

Fuente: Elaboración propia

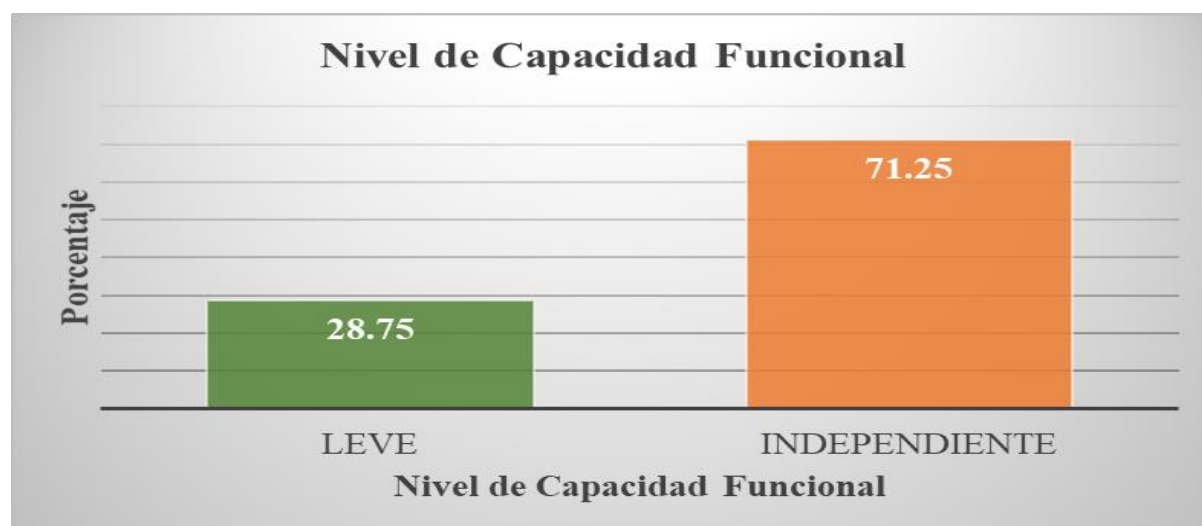
Interpretación: de la tabla 12 y figura 7 del total de 80 AM que fueron parte del estudio, el (48.75%) se evalúa sin riesgo de caída, el (45%) padece con riesgo de caída y un (6.25%) esta con alto nivel de riesgo de caída.

Tabla 13: Variable 2: Capacidad funcional

Nivel de Capacidad Funcional		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Leve	23	28.8
	Independiente	57	71.3
Total		80	100.0

Fuente: Elaboración propia

Figura 8: Variable 2: Capacidad funcional



Fuente: Elaboración propia

Interpretación: De la tabla 13 y figura 8 del total de 80 AM que fueron parte de la encuesta, el (71.25%) tiene el nivel de capacidad funcional independiente y mientras que el (28.75%) tiene una leve dependencia para realizar sus ABVD.

4.1.2 Prueba de hipótesis

Hipótesis general

Relación entre el riesgo de caída y capacidad funcional:

Nivel de confianza 95%

Nivel de significancia 5%

Regla de decisión: $p > \alpha =$ se acepta la hipótesis nula H_0

$P < \alpha =$ se acepta la hipótesis alterna H_a

Tabla 14: Correlación entre riesgo de caída y capacidad funcional

Correlaciones				
			Riesgo de caída	Capacidad Funcional
Rho de Spearman	Riesgo de caída	Coeficiente de correlación	1.000	,753**
		Sig. (bilateral)		0.000
		N	80	80
	Capacidad Funcional	Coeficiente de correlación	,753**	1.000
		Sig. (bilateral)	0.000	
		N	80	80

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Elaboración propia

Decisión y conclusión: Según la tabla 14 se reporta que el nivel de significancia bilateral (sig.) para riesgo de caída y capacidad funcional es de 0,000 menor a 0,05 por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se determina que si existe relación entre riesgo de caída y capacidad funcional en AM que asisten a un centro religioso. Carabayllo-Lima. 2024. Además, el coeficiente de correlación es 0,753 emitiendo una correlación alta y positiva según criterio de Rho Spearman.

Hipótesis Especifica 1

Relación entre la dimensión marcha del riesgo de caída y capacidad funcional en adultos mayores.

Nivel de confianza 95%

Nivel de significancia 5 %

Regla de decisión: $p > \alpha =$ se acepta la hipótesis nula H_0

$P < \alpha =$ se acepta la hipótesis alterna H_a

Tabla 15: Relación entre la dimensión marcha del riesgo de caída y capacidad funcional en adultos mayores.

Correlaciones				
			Dimensión Marcha	Capacidad funcional
Rho de Spearman	dimensión Marcha	Coefficiente de correlación	1.000	,664**
		Sig. (bilateral)		0.001
		N	80	80
	Capacidad funcional	Coefficiente de correlación	,664**	1.000
		Sig. (bilateral)	0.001	
		N	80	80

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Elaboración propia

Decisión y conclusión: según la tabla 15 se reporta que el nivel de significancia bilateral (sig.) entre la dimensión marcha del riesgo de caída y capacidad funcional es de 0,001 menor a 0,05 por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se determina que si existe relación entre la dimensión marcha del riesgo de caída y capacidad funcional en AM que asisten a un centro religioso. Carabaylo-Lima. 2024. Además, el coeficiente de correlación es 0,664 emitiendo una correlación moderada y positiva según criterio de Rho Spearman.

Hipótesis Especifica 2

Relación entre la dimensión equilibrio del riesgo de caída y capacidad funcional en adultos mayores.

Nivel de confianza 95%

Nivel de significancia 5 %

Regla de decisión: $p > \alpha =$ se acepta la hipótesis nula H_0
 $P < \alpha =$ se acepta la hipótesis alterna H_a

Tabla 16: Relación entre la dimensión equilibrio del riesgo de caída y capacidad funcional en adultos mayores.

Correlaciones				
			Dimensión Equilibrio	Capacidad Funcional
Rho de Spearman	Dimensión Equilibrio	Coeficiente de correlación	1.000	,737**
		Sig. (bilateral)		0.000
		N	80	80
	Capacidad Funcional	Coeficiente de correlación	,737**	1.000
		Sig. (bilateral)	0.000	
		N	80	80

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Elaboración propia

Decisión y conclusión: El nivel de significancia bilateral (sig.) entre la dimensión equilibrio del riesgo de caída y capacidad funcional es de 0,000 menor a 0,05 por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se determina que si existe relación entre la dimensión equilibrio del riesgo de caída y capacidad funcional en AM que asisten a un centro religioso. Carabayllo-Lima. 2024. Además, el coeficiente de correlación es 0,737 emitiendo una correlación alta y positiva según criterio de Rho Spearman.

4.1.3 Discusión de resultados

La actual indagación titulada, “Riesgo de caída y capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un centro religioso. Carabayllo-Lima. 2024”, tuvo como objetivo Determinar la relación entre el riesgo de caída y capacidad funcional en adultos mayores, según los resultados se evidencian que existe relación entre riesgo de caída y capacidad funcional en AM que asisten a un centro religioso. Carabayllo-Lima. 2024. Además, el coeficiente de correlación según Rho Spearman. es 0,753 emitiendo un resultado alto y positivo.

Este estudio tuvo como muestra de investigación a 80 adultos mayores, entre las edades de 60 a 89 años, teniendo como predominio las edades de 60-65 años con el (31.25%), (26.25%) 66-71 años, (21.25%) de 72-77 años, (18.75%) 78-83 años y un menor porcentaje de (2.5%) de 84-89 años. De los cuales el (68.75%) son de género femenino. Con el (47.5%) de casados, el (90%) no cuenta con cuidador y un (60%) con otras patologías. De manera que solo el (35%) esta con tratamiento médico.

Estos resultados concuerdan con los hallazgos de Sovero (16) quien tuvo como fin “Determinar la asociación entre Capacidad Funcional y Riesgo de caída en adultos mayores del CIAM del distrito de los Olivos 2017”. En dicho estudio predominó el sexo femenino 83.9%. Entre las edades 60 a 92 años. El 29.5% entre los 70 a 74 años. A la evaluación del riesgo de caída encontró que un 62% tuvieron riesgo de caída, en relación a la capacidad funcional el 54% dependiente y los adultos mayores que fueron dependientes y tuvieron riesgo de caída fueron el 73%. Hallando finalmente una relación entre capacidad funcional y riesgo de caída estadísticamente significativa ($p=0.000$). Por otro lado los resultados de León y Tarazona (19) quienes evaluaron ambas variables que encontraron una relación medianamente significativa.

De igual manera se evidencia en este estudio que de los adultos mayores encuestados sobre riesgo de caída, el 48.75% se hallan sin riesgo de caída, el 45% tiene riesgo de caída, el 6.25% alto riesgo de caída. Sobre la capacidad funcional, revela que el 57% mantiene su independencia y un 23% indica leve dependencia. Concordando con Pérez (18) que obtuvo para riesgo de caída el 56% como mediano riesgo y 22% para bajo riesgo como alto riesgo. Para la capacidad funcional para independencia y leve dependencia con 46% y el 4% para moderada dependencia y grave.

Además de eso, en este estudio se evidenciaron con respecto a la dimensión marcha del riesgo de caída y capacidad funcional es de 0,001 menor a 0,05 por lo tanto se rechaza la hipótesis

nula y se determina que existe relación entre la dimensión marcha del riesgo de caída y capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un centro religioso. Carabayllo-Lima. 2024, de acuerdo a correlación Spearman de 0,664 equivalente a moderado y positivo. Y para la dimensión equilibrio del riesgo de caída y capacidad funcional se determina que existe relación entre la dimensión equilibrio del riesgo de caída y capacidad funcional una correlación de 0,737 correspondiente alta y positiva según criterio de Rho Spearman. En cambio, Sovero (16) reporta los siguientes resultados: existe asociación significativa entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas, según sexo, edad, antecedentes patológicos y según número de caídas en los últimos 6 meses en adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM) del Distrito de “Los Olivos”. 2017. Sin embargo existe una coincidencia parcialmente con los resultados de Quispe y Sacsara (15), quienes obtuvieron una significancia de 0.00 para la dimensión equilibrio y capacidad funcional, y en cuanto a la dimensión marcha y capacidad funcional no existe correlación con un nivel de significancia 0.30. de esta manera descarta la hipótesis alterna.

CAPÍTULO V: CONCLUSION Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- La presente investigación concluye que existe relación significativa entre riesgo de caída y capacidad funcional en AM que asisten a un centro religioso “Santa Isabel”, con una correlación de 0.753 alta y positiva según criterio de Rho Spearman.
- Observarse los datos sociodemográficos de los AM que acuden al centro religioso “Santa Isabel”, y se concluye que el (68.75%) son de género femenino, con edades correspondientes al (31.25%) de 60-65 años, (26.25%) 66-71 años, (21.25%) de 72-77 años, (18.75%) 78-83 años y un menor porcentaje de (2.5%) de 84-89 años.
- Además de dicha población se observa que el (47.5%) son casados, entre solteros y viudos (23.75% ,26.25% respectivamente), con un menor porcentaje de

convivientes (2.5%). Por otro lado, el (90%) no cuenta con cuidador; sin embargo, el (60%) padece de otras comorbilidades, de las más notorias con sobrepeso (42.5%), obesidad (27.5%), hipertensión (23.8%) y diabetes (10%). De las cuales solo el (35%) de AM esta medicamentado.

- Concerniente a riesgo de caída se encontró como resultado que el (45%) padece riesgo de caída y un (6.25%) alto riesgo de caída.
- Para capacidad funcional de hallo el siguiente resultado, que el (28.75%) con leve dependencia para realizar sus ABVD.
- Respecto a la dimensión marcha del riesgo de caída y capacidad funcional en AM existe una relación 0.664 emitiendo una correlación moderada y positiva, asimismo presenta una correlación de 0.737 alta y positivamente para la dimensión equilibrio del riesgo de caída y capacidad funcional en AM.

5.2 Recomendaciones

- ❖ Se sugiere al centro religioso “Santa Isabel”, específicamente al departamento de salud que promueva las evaluaciones de riesgo de caída y capacidad funcional para los adultos mayores que asisten, de tal manera que haya concientización del padecimiento o consecuencias irremediables, por ello la importancia de realizar charlas informativas con materiales físicos y didácticos de manera preventiva(teórico).
- ❖ Y si además de esto se llevara a cabo con un programa especial para adultos mayores por personal capacitado resultaría mucho mejor (practico).
- ❖ Para los adultos mayores que salieron con riesgo de caída y alto riesgo de caída a la evaluación, se recomienda una asesoría directa con un fisioterapeuta profesional y calificado para su abordaje individualizado, para prevenir futuras caídas como la suma de ellas. Asimismo, para los que salieron sin riesgo de caída es necesario un chequeo preventivo por dicha especialidad.

- ❖ Para los familiares y cuidadores capacitarse o asistir a charlas(virtuales-presenciales) preventivas de salud para un mejor acompañamiento a dicha población por considerarse vulnerables, ya que la terapia en casa debe ser continuada dando mejores resultados.
- ❖ Por otra parte, los participantes continuar su chequeo integral con su médico de cabecera, como con su nutricionista, por psicología, por cardiología, oftalmología entre otros si así lo requiere, para una mejor calidad de vida.
- ❖ Para mejoras en la capacidad funcional se sugiere realizar rutinas de ejercicio físico de baja intensidad, mínimo tres veces por semana, un lapso de 30 minutos como: caminatas, ejercicios de equilibrio, natación con su respectivo calentamiento previo y enfriamiento con ligeros estiramientos con asesoría guiada por un fisioterapeuta profesional.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Naciones Unidas. Paz, dignidad e igualdad en un planeta sano. Desafíos globales de envejecimiento. [Internet].2019. [citado el 8 de marzo de 2024]; Disponible en: <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>
2. Organización mundial de la salud. Caídas. [Internet]. 2021. [citado el 14 febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
3. Suárez-Landazábal O, Parody-Muñoz AE. Prevalencia de caídas y factores de riesgo intrínsecos en personas adultas mayores. Barranquilla (Atlántico), Colombia. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/suis/v55/2145-8464-suis-55-e25.pdf>
4. Uno de cada tres adultos mayores de 65 años sufre una caída [Internet]. Gob.pe. [citado el 16 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/23629-uno-de-cada-tres-adultos-mayores-de-65-anos-sufre-una-caida>
5. Carhuavilca D. Situación de la población adulta mayor. Informe técnico INEI. [Internet]. 2023. [citado el 8 de marzo de 2024]. Disponible en: https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin_adulto_mayor_2.pdf
6. [Echeverría A, Astorga C, Fernández C, Salgado M, Dintrans PV. Funcionalidad y personas mayores: ¿dónde estamos y hacia dónde ir? Rev Panam Salud Publica \[Internet\]. 2022 \[cited 2024 Feb 14\];46. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9004688/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9004688/)
7. Fhon JRS, de Lima FM. Predicción de caídas y caídas [Internet]. Isciii.es. [citado el 18 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v33n4/1134-928X-geroko-33-04-212.pdf>
8. Lima metropolitana estadísticas [Internet]. 2024. [citado el 18 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/regiones/Lima_Metro2.html
9. EsSalud advierte del peligro de caídas en adultos mayores que pueden causar discapacidad permanente incluso la muerte [Internet]. EsSalud. 2022 [citado el 23 de febrero de 2024]. Disponible en: <http://noticias.essalud.gob.pe/?inno-noticia=essalud-advierte-del-peligro-de-caidas-en-adultos-mayores-que-pueden-causar-discapacidad-permanente-incluso-la-muerte>

10. Mallma J. Factores de riesgo de caídas en adultos mayores que asisten a un centro del adulto mayor. Villa María del Triunfo. Lima. 2018 [Tesis para optar el grado de Licenciada en enfermería]. Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos;219. Disponible en:
https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/10262/Mallma_cj.pdf?sequence=3&isAllowed=y
11. Acosta S, Sting Rogers. Capacidad funcional y riesgo de caída en adultos mayores del CIAM del Distrito de Los Olivos 2017. Universidad Alas Peruanas; 2019.
12. Grupo Gamma. Caídas: Riesgos y Cifras [Internet]. El panal. 2016 [citado el 15 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.grupogamma.com/caidas-los-riegos-y-las-cifras/>
13. Vista de Capacidad funcional y salud: orientaciones para cuidar al adulto mayor1 [Internet]. Edu.co. [citado el 19 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12884/13642>
14. Tapia V, Molina I. Condición física y riesgo de caída en adultos mayores autovalentes de la ciudad de Chillan, Chile. Rev. Ciencias de la actividad física [Internet]. 2020;21(2):1–11. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5256/525663390008/html/>
15. Setiembre MA. Universidad Privada Norbert Wiener [Internet]. Edu.pe. [citado el 15 de febrero de 2024]. Disponible en: https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/5833/T061_21262678_S.pdf?sequence=3&isAllowed=y
16. Acosta S, Sting Rogers. Capacidad funcional y riesgo de caída en adultos mayores del CIAM del Distrito de Los Olivos 2017. Universidad Alas Peruanas; 2019. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12990/5973>
17. Calle L. Capacidad funcional y su relación con el riesgo de caídas del adulto mayor que asiste al centro de salud San Genaro de Villa del distrito de Chorrillos, Lima 2022. Universidad Norbert Wiener; 2023. <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/9038>
18. Pérez C. Riesgo de caídas y capacidad funcional en adultos mayores del centro poblado primavera, 2020. [Tesis para optar al grado de licenciada de enfermería]. Huacho: Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión ;2020. Disponible en: <https://repositorio.unifsc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14067/3937/tesis%20fnal%20empastar.pdf?sequence=1&isallowed=y>

19. León Meléndez F de M, Tarazona Reyes DK. Capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores, de un Hospital del Seguro Social del Callao, 2021. Universidad César Vallejo; 2021. disponible en:
<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/61658>
20. Gobierno de la Ciudad de México S de I y. BS. Secretaría de Inclusión y Bienestar Social de la Ciudad de México [Internet]. Secretaría de Inclusión y Bienestar Social de la Ciudad de México. [citado el 29 de febrero de 2024]. Disponible en:
<https://sibiso.cdmx.gob.mx/blog/post/quienes-son-las-personas-mayores>
21. Colombia M de S y. PS. Envejecimiento y Vejez [Internet]. Gov.co. [citado el 29 de febrero de 2024]. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>
22. Investigadores definen características del envejecimiento exitoso [Internet]. Envejecer. 2017 [citado el 29 de febrero de 2024]. Disponible en:
<https://envejezser.com/investigadores-definen-caracteristicas-del-envejecimiento-exitoso/>
23. Minsal.cl. [citado el 29 de febrero de 2024]. Disponible en:
<https://www.minsal.cl/portal/url/item/ab1f8c5957eb9d59e04001011e016ad7.pdf>
24. Escala de Tinetti, valora el equilibrio y la marcha en mayores [Internet]. Amavir. Residencia de Ancianos Amavir; 2023 [citado el 29 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.amavir.es/cuidar-al-mayor/escala-de-tinetti-para-valorar-el-equilibrio-y-la-marcha-de-personas-mayores/>
25. Oandplibrary.org. [citado el 29 de febrero de 2024]. Disponible en:
<https://www.oandplibrary.org/reference/ortesica/LLO-02.pdf>
26. Marcha en el Adulto Mayor [Internet]. Com.co. [citado el 29 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://cani.com.co/php/marcha-en-el-adulto-mayor/>
27. Debra JR. Equilibrio y movilidad con personas mayores. California State University, Fullerton. Editorial Paidotribo, 2005.
28. Alfonso CR. Marcha, postura y equilibrio del anciano. Salud Vida. Nov 2012.

29. American Geriatrics Society. Expert panel on the care of older adults with multimorbidity. Patient-centered care for older adults with multiple chronic conditions: a stepwise approach from the American Geriatrics Society. *J Am Geriatr Soc*. 2012 Oct; 60(10):1957-68.
30. Rubio E, Comín M, Montón G, Martínez T, Magallón R, García Campayo J. Determinantes de la capacidad funcional en personas mayores según el género. *Gerokomos*. 2013 junio; XXIV (2).
31. Organización Mundial de la Salud. Década del Envejecimiento Saludable (2020–2030) Primer Informe de Progreso. Envejecimiento y curso de vida, Organización Mundial de la Salud. 2019 marzo.
32. Organización Panamericana de la Salud. Atención integrada para las personas mayores (ICOPE). Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud. Primera ed. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020.
33. Ministerio de Salud. Modelo del Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad. Primera ed. Lima: Ministerio de Salud; 2020.
34. Setiembre MA. UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER [Internet]. Edu.pe. [citado el 29 de febrero de 2024]. Disponible en: https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/5833/T061_21262678_S.pdf?sequence=3&isAllowed=y
35. Método hipotético-deductivo [Internet]. Filosofía.org. [citado el 6 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.filosofia.org/enc/ros/meto9.htm>
36. El portal de la tesis [Internet]. Ucol.mx. [citado el 6 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://recursos.ucol.mx/tesis/investigacion.php>
37. Ortega C. Investigación aplicada: Definición, tipos y ejemplos [Internet]. Question Pro. 2022 [citado el 6 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.questionpro.com/blog/es/investigacion-aplicada/>
38. ¿Qué es la investigación no experimental? [Internet]. SurveyMonkey. [citado el 6 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://es.surveymonkey.com/mp/que-es-la-investigacion-no-experimental/>

39. Narvaez M. QuestionPro. 2023 [citado 2 de diciembre de 2023]. ¿Qué es una población? Definición, tipos y métodos de estudio. Disponible en: <https://www.questionpro.com/blog/es/que-es-una-poblacion/>
40. López PL. Población muestra y muestreo. Punto Cero [Internet]. 2004 [citado el 21 de marzo de 2024];09(08):69–74. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-02762004000100012
41. Explorable.com. Muestreo por conveniencia [Internet].2009. [citado el 6 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://explorable.com/es/muestreo-por-conveniencia>
42. Fernández B. Metodología. Udlap.mx. [citado el 8 de marzo de 2024]. Disponible en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lad/fernandez_b_je/capitulo3.pdf
43. Noticias y Gestión de la Dependencia. Escala de Tinetti, herramienta clave para evaluar el equilibrio y la marcha de las personas mayores.NGD. [Internet].2023. [citado el 8 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://gestionydependencia.com/noticia/4999/salud/escala-de-tinetti-herramienta-clave-para-evaluar-el-equilibrio-y-la-marcha-de-las-personas-mayores.html>
44. Gómez-Feria I. Índice de Barthel [Internet]. psiquiatria.com. [citado el 8 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://psiquiatria.com/glosario/indice-de-barthel>
45. Blog de Asisted. Qué es y para qué sirve el Índice de Barthel [Internet];2018 [citado el 8 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.asisted.com/blog/que-es-y-para-que-sirve-el-indice-de-barthel/>
46. Aredo L, Briceño L, Medina A, Ruiz A, López N, Enríquez A, “et al”. ¿Qué es la validez de un instrumento? - JP Consultoría de Investigación [Internet]. JP Consultoría de Investigación. 2023 [citado el 10 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://jpconsultoriatesis.com/que-es-la-validez-de-un-instrumento/>
47. Marroquín R. Confiabilidad y Validez de Instrumentos de investigación [Internet]. Edu.pe. [citado el 10 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.une.edu.pe/Titulacion/2013/exposicion/SESSION-4-Confiabilidad%20y%20Validez%20de%20Instrumentos%20de%20investigacion.pdf>

48. Herrera A. Notas de Psicometría 1-2 - Historia de Psicometría y Teoría de La Medida [Internet]. 1998 Scribd. [consultado el 10 de marzo 2024]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/211979988/Herrera-A-1998-Notas-de-Psicometria-1-2-Historia-de-Psicometria-y-Teoria-de-La-Medida#>

49. Declaración de la AMM sobre las Consideraciones Éticas de las Bases de Datos de Salud y los Biobancos [Internet]. Wma.net. [citado el 10 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-la-amm-sobre-las-consideraciones-eticas-de-las-bases-de-datos-de-salud-y-los-biobancos/>

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

"RIESGO DE CAÍDA Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A UN CENTRO RELIGIOSO. CARABAYLLO-LIMA. 2024"

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLE	METODOLOGÍA	INSTRUMENTO
<p>Problema general</p> <p>¿Cuál es la relación entre riesgo de caída y capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un centro religioso Carabayllo? Lima. 2024?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la relación entre el riesgo de caída y capacidad funcional en adultos mayores.</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>Hi: Existe relación entre riesgo de caída y capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un centro religioso Carabayllo. Lima 2024</p>	<p>V1: RIESGO DE CAÍDA:</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> MARCHA EQUILIBRIO 	<p>MÉTODO: hipotético-deductivo</p> <p>Tipo: cuantitativo</p> <p>Enfoque: aplicado</p> <p>Diseño: no experimental</p> <p>Sub-diseño: correlacional</p> <p>Corte: transversal</p>	<p>V1: Escala de Tinetti</p> <p>TÉCNICA: Encuesta</p> <p>V2: Índice de Barthel</p> <p>TÉCNICA: Encuesta</p>
<p>Problemas específicos</p> <p>¿Cuáles son las características sociodemográficas en adultos mayores que asisten a un centro religioso Carabayllo Lima?2024?</p>	<p>Objetivos específicos</p> <p>Identificar las características sociodemográficas en adultos mayores.</p>	<p>HO: No existe relación entre riesgo de caída y capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un centro religioso Carabayllo. Lima 2024.</p>	<p>V2: CAPACIDAD FUNCIONAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> Autocuidado Movilidad 	<p>Población:80 adultos mayores que asisten al centro religioso "SANTA ISABEL".</p> <p>Muestra: 80 adultos mayores</p> <p>Muestreo: no probabilístico por conveniencia, de tipo censal.</p>	
<p>¿Cuáles son las características clínicas en adultos mayores que asisten a un centro</p>	<p>Identificar las características clínicas en adultos mayores.</p>				

<p>religioso Carabayllo Lima?2024?</p> <p>¿Cuál es el riesgo de caída en adultos mayores que asisten a un centro religioso Carabayllo? Lima. 2024?</p> <p>¿Cuál es la capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un centro religioso Carabayllo? Lima. 2024?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la dimensión marcha del riesgo de caída y capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un centro religioso Carabayllo? Lima. 2024?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la dimensión equilibrio del riesgo de caída y capacidad funcional en adultos</p>	<p>Identificar el riesgo de caída en adultos mayores.</p> <p>Identificar la capacidad funcional en adultos mayores.</p> <p>Identificar la relación entre la dimensión marcha del riesgo de caída y capacidad funcional en adultos mayores.</p> <p>Identificar la relación entre la dimensión equilibrio del riesgo de caída y capacidad</p>	<p>Hipótesis específicas</p> <p>Hi1: Existe relación entre la dimensión marcha del riesgo de caída y capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un centro religioso Carabayllo. Lima. 2024.</p> <p>Ho1: No existe relación entre la dimensión marcha del riesgo de caída y capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un centro religioso Carabayllo. Lima. 2024.</p> <p>Hi2: Existe relación entre la dimensión equilibrio del riesgo de caída y capacidad funcional en adultos mayores que asisten a</p>			
--	---	---	--	--	--

<p>mayores que asisten a un centro religioso Carabayllo. Lima. 2024?</p>	<p>funcional en adultos mayores.</p>	<p>un centro religioso Carabayllo. Lima. 2024.</p> <p>H02: No existe relación entre la dimensión equilibrio del riesgo de caída y capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un centro religioso Carabayllo. Lima. 2024.</p>			
--	--------------------------------------	--	--	--	--

Anexo 2: INSTRUMENTOS
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Estimado(a) participante:

El presente cuestionario tiene como propósito reunir información sobre la evaluación que recibirá usted, mediante los instrumentos, el Escala Tinetti para (RIESGO DE CAIDA) y el índice de Barthel (CAPACIDAD FUNCIONAL). Los resultados obtenidos serán parte del desarrollo de un trabajo de investigación relacionado al planteamiento del problema.

Por esto se le sugiere que los datos sean de manera clara, sincera y precisa.

Paso I: Datos sociodemográficos

EDAD		ESTADO CIVIL	
60-65 años		Soltero(a)	
66-71 años		Conviviente	
72-77 años		Casado	
78-83 años		Viudo(a)	
84-89 años			
GENERO	Femenino	Masculino	
CUENTA CON CUIDADOR	Si	No	

Paso II: Datos clínicos

Presencia de comorbilidades			Observaciones
Sobrepeso			
Obesidad			
Diabetes II			
Hipertensión arterial			
Otros			
Recibe terapia farmacológica	Si	No	

INSTRUMENTO 1: ESCALA DE TINETTI

ESCALA DE TINETTI PARA RIESGO DE CAIDA

Instrucciones

El cuestionario evalúa el equilibrio y la marcha de manera demostrativa y debe ser aplicado por dos personas; una dará las instrucciones y la otra cuidará de que la persona no sufra algún accidente.

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de evaluación: _____ Evaluador: _____

1. Equilibrio**Puntuación máxima 16**

Instrucciones: El paciente está sentado en una silla dura sin apoyar brazos, Se realizan las siguientes maniobras.

1.- Equilibrio sentado	
Se inclina o se desliza en la silla	0
Se mantiene seguro	1
2.- Levantarse	
Imposible sin ayuda	0
Capaz, pero usa los brazos para ayudarse	1
Capaz sin usar los brazos	2
3.- Intentos para levantarse	
Incapaz sin ayuda	0
Capaz, pero necesita más de un intento	1
Capaz de levantarse con sólo un intento	2
4.- Equilibrio en bipedestación inmediata (los primeros 5 segundos)	
Inestable (se tambalea, mueve los pies), marcado balanceo del tronco	0
Estable, pero usa el andador, bastón o se agarra a otro objeto para mantenerse	1
Estable sin andador, bastón u otros soportes	2
5.- Equilibrio en bipedestación	
Inestables	0
Estable, pero con apoyo amplio (talones separados más de 10 cm) o un bastón u otro soporte	1
Estable, sin usar bastón u otros soportes por 10 segundos, no requiere ayuda.	2

6.- Empujar (el paciente en bipedestación con el tronco erecto y los pies tan juntos como sea posible). El examinador empuja suavemente en el esternón del paciente con la palma de la mano, tres veces.	
Empieza a caerse	0
Se tambalea, se agarra, pero se mantiene	1
Estable	2
7.- Ojos cerrados (en la posición del punto 6)	
Inestable	0
Estable	1
8.- Vuelta de 360 grados	
Pasos discontinuos	0
Continuos	1
Inestable (se tambalea, se agarra)	0

Estable	1
9.- Sentarse	
Inseguro, calcula mal la distancia, cae en la silla	0
Usa los brazos o el movimiento es brusco	1
Seguro, movimiento suave	2

PUNTUACIÓN TOTAL EQUILIBRIO: 16

INTERPRETACIÓN: Menos de 10 puntos, Alto riesgo de caída.

2.- Marcha

Puntuación Máxima 12

Instrucciones: El paciente permanece de pie con el examinador, camina por el pasillo o por la habitación (unos 8 metros) a paso normal luego regresa a paso rápido pero seguro.

10.- Iniciación de la marcha (Inmediatamente después de decir que ande)	
Algunas vacilaciones o múltiples intentos para empezar	0
No vacila	1
11.- Longitud y altura de paso	
a) Movimiento del pie derecho	
No sobrepasa al pie izquierdo con el paso	0
Sobrepasa al pie izquierdo	1
El pie derecho, no se separa completamente del suelo con el paso	0
El pie derecho, se separa completamente del suelo	1
b) Movimiento del pie izquierdo	
No sobrepasa al pie derecho, con el paso	0
Sobrepasa al pie derecho	1
El pie izquierdo, no se separa completamente del suelo con el paso	0
El pie izquierdo, se separa completamente del suelo	1
12.- Simetría del paso	
La longitud de los pasos con los pies izquierdo y derecho, no es igual	0
La longitud parece igual	1

13.- Fluidez del paso	
Paradas entre los pasos	0
Los pasos parecen continuos	1
14.- Trayectoria (Observar el trazado que realiza uno de los pies durante unos tres metros)	
Desviación grave de la trayectoria	0
Leve/moderada desviación o usa ayuda para mantener la trayectoria	1
Sin desviación o ayudas	2
15.- Tronco	
Balanceo marcado o usa ayuda	0
No se balancea, pero flexiona las rodillas o la espalda o separa los brazos al caminar	1
No se balancea, no se flexiona, ni utiliza otras ayudas	2
16.- Postura al caminar	
Talones separados	0
Talones casi juntos al caminar	1

PUNTUACIÓN TOTAL MARCHA: 12

INTERPRETACIÓN: Menos de 9, Alto riesgo de caída.

PUNTAJE TOTAL GENERAL: 28 Menos de 19: Alto riesgo de caída

Puntaje obtenido en equilibrio: _____

Puntaje obtenido en marcha: _____

Puntaje total: _____

INTERPRETACIÓN:

Marque con una X el diagnóstico probable:

Mayor a 24 puntos = Sin riesgo de caída

19-24 puntos = Riesgo de caída

Menor a 19 puntos = Riesgo alto de caída

INSTRUMENTO 2: INDICE DE BARTHEL

ÍNDICE DE BARTHEL PARA LA CAPACIDAD FUNCIONAL		
Comida:		
	10	Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
	5	Necesita ayuda para cortar, extender la mantequilla. Pero es capaz de comer sólo/a
	0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona
Lavado (baño)		
	5	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise
	0	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión
Vestido		
	10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda
	5	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable
	0	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas
Arreglo		
	5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona
	0	Dependiente. Necesita alguna ayuda
Deposición		
	10	Continente. No presenta episodios de incontinencia
	5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.
	0	Incontinente. Más de un episodio semanal
Micción		
	10	Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo/a (botella, sonda, orinal ...).
	5	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.
	0	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas
Ir al retrete		
	10	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona
	5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo/a.
	0	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor
Transferencia (traslado cama/sillón)		
	15	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.
	10	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.

	5	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada.	
	0	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado	
Deambulaci3n			
	15	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda supervisi3n. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo/a.	
	10	Necesita ayuda. Necesita supervisi3n o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.	
	5	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisi3n	
	0	Dependiente	
Subir y bajar escaleras			
	10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n de otra persona.	
	5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisi3n.	
	0	Dependiente. Es incapaz de subir escalones	

INTERPRETACI3N:

Grado de dependencia	Puntaje
Dependiente total	<20 puntos
Grave	20-35 puntos
Moderado	40-55 puntos
Leve	+60 puntos
Independiente (silla de ruedas)	90 puntos
Independiente	100 puntos

Anexo 3: VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

1. Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

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

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

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

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Aplicación solo para este estudio.

Opinión de aplicabilidad:

- Aplicable (X)
- Aplicable después de corregir ()
- No aplicable ()

Apellidos y nombres del juez validador: Juan Daniel Guillen Cabrejos

DNI: 09126531

Especialidad del validador:


- Médico cirujano
- Especialidad medicina física y rehabilitación
- Maestría en Rehabilitación en salud


1. Pertinencia:

corresponde al formulado.

2. Relevancia:

El para representar dimensión específica del constructo.



 Firma del experto informante


Fecha: 19/03/2024

El ítem concepto teórico

ítem es apropiado al componente o

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

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

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Aplicación solo para este estudio.

Opinión de aplicabilidad:

- Aplicable (X)
- Aplicable después de corregir ()
- No aplicable ()

Apellidos y nombres del juez validador: Giannina Lovato Sánchez

DNI: 40868567

Especialidad del validador:

- Doctora en salud
- Maestría en ciencia de la educación con mención en docencia universitaria.
- Especialidad en pediatría

Fecha: 19/03/2024


Lic. Nita Giannina Lovato Sánchez
TECNOLOGO MEDICO
Terapia Física y Rehabilitación
CTMP: 5736

Firma del experto informante

1. Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

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

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

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

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Aplicación solo para este estudio.

Opinión de aplicabilidad:

- Aplicable (X)
- Aplicable después de corregir ()
- No aplicable ()

Apellidos y nombres del juez validador: Bejarano Ambrosio Miriam

DNI:41677988

Especialidad del validador:

- Dra. en salud

Fecha:27/03/2024



Firma del experto informante

Anexo 4: Confiabilidad del instrumento

Se empleará el coeficiente de Alfa de Cronbach para medir la fiabilidad de los instrumentos abordados.

Criterio para la evaluación del Coeficiente Alfa de Cronbach	
0 a 0.2	Muy baja
0.2 a 0.4	Baja
0.4 a 0.6	Moderado
0.6 a 0.8	Buena
0.8 a 1.0	Alta

Se aplica una prueba piloto con una muestra de 35 adultos mayores.

El coeficiente de Alfa de Cronbach obtenido fue de 0.823 para riesgo de caída (escala de Tinetti), al encontrarse en el rango de consistencia del instrumento es **buena** y 0.671 para capacidad funcional (Índice de Barthel), esta se encuentra en el rango del índice de consistencia dando como resultado que el instrumento es **Alta**, según criterio de coeficiente de Alfa de Cronbach.

Anexo 5: Aprobación del comité de ética



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Lima, 06 de setiembre de 2024

Investigador(a)
Marisol Claudia Tomas Pacheco
Exp. N°: 0474-2024

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica de la Universidad Privada Norbert Wiener (CIEIC-UPNW) **evaluó y APROBÓ** los siguientes documentos:

- Protocolo titulado: **“Riesgo de caída y capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un centro religioso. Carabayllo-Lima. 2024” Versión 01 con fecha 29/05/2024.**
- Formulario de Consentimiento Informado Versión **01** con fecha **29/05/2024.**

El cual tiene como investigador principal al Sr(a) Marisol Claudia Tomas Pacheco.

La APROBACIÓN comprende el cumplimiento de las buenas prácticas éticas, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo de investigación y la confidencialidad de los datos, entre otros.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

1. **La vigencia** de la aprobación es de **dos años** (24 meses) a partir de la emisión de este documento.
2. **El Informe de Avances** se presentará cada 6 meses, y el informe final una vez concluido el estudio.
3. **Toda enmienda o adenda** se deberá presentar al CIEIC-UPNW y no podrá implementarse sin la debida aprobación.
4. Si aplica, **la Renovación** de aprobación del proyecto de investigación deberá iniciarse treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento, con su respectivo informe de avance.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Raúl Antonio Rojas Ortega
Presidente

Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
UPNW



Atentamente,

Anexo 6: Formato de consentimiento informado

Título de proyecto de investigación: “RIESGO DE CAÍDA Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A UN CENTRO RELIGIOSO. CARABAYLLO-LIMA. 2024”

Investigador(a): Tomas Pacheco Marisol Claudia

Institución(es): Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW)

Le estoy invitando a ser parte de esta investigación titulado: “RIESGO DE CAÍDA Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A UN CENTRO RELIGIOSO. CARABAYLLO-LIMA. 2024” de fecha 20/03/2024 y versión.01. Cuyo proyecto será desempeñado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW).

Propósito del estudio: La finalidad de este proyecto de indagación es “Determinar la relación entre el riesgo de caída y capacidad funcional en adultos mayores”. Su elaboración dará acceso a reconocer qué afectación marcada se encuentra en esta población a dicho problema.

Por tal razón, su contribución es indispensable por lo que aportara información primaria en el área de la salud la misma que nos va a brindar mejores tácticas de abordaje como la fomentación y prevención a través de campañas/talleres de salubridad para mejorar la condición de vida con esquemas pedagógicos no solo para el paciente sino también para su cuidador o familiar, de este modo disminuyendo o previniendo riesgos de caídas y optimizando la capacidad funcional para este grupo etario.

Duración del estudio (meses): 3 meses

Nº esperado de participantes: 80

Criterios de Inclusión y exclusión:

(No deben reclutarse voluntarios entre grupos “vulnerables”: presos, soldados, aborígenes, marginados, estudiantes o empleados con relaciones académicas o económicas con el investigador, etc. Salvo que la investigación redunde en un beneficio concreto y tangible para dicha población y el diseño así lo requiera).

Procedimientos del estudio: Si Usted consiente participar en este estudio se procederá de la siguiente forma:

- Se le brindara toda la información en que consiste la investigación.
- Dejará su firma previamente a través de este documento “consentimiento informado”.
- Se le aplicara los instrumentos planteados.

La *entrevista/encuesta* puede durar unos 25 minutos.

Los resultados se le entregarán de manera personal, se guardarán considerando su confianza y manteniéndose en anónimo toda la información brindada.

Riesgos:

Su participación consentida en este estudio *no* presenta riesgo alguno que pueda afectar su bienestar integral.

Beneficios: En consecuencia, usted y el centro donde realizara dicho proyecto serán beneficiados, ya que conocerán la relación entre riesgo de caída y capacidad funcional en adultos mayores que asisten al centro religioso.

Costos e incentivos: Usted no realizara pago alguno por participar en este proyecto de indagación. De la misma manera, tampoco percibirá ningún bien monetario ni elementos medicamentosos.

Confidencialidad: la información recolectada será custodiada y archivada por códigos para proteger su identidad. Si los resultados se publicaran, no se exhibirán información alguna. Los documentos/datos no serán mostrados a ningún extraño.

Derechos del paciente: La contribución con este proyecto es voluntaria. Usted es libre a negarse a participar en el estudio o de retirarse en el momento que Ud. considere, decisión que se respetara y que no ocasionara ninguna penalización o pérdida por ser parte de sus derechos como individuo o tener alguna afectación que recibir por cualquier atención médica.

Preguntas/Contacto: Es libre de comunicarse con el Investigador Principal (*Marisol Claudia Tomas Pacheco, 981651954 y tomas.claudia.16@gmail.com*).

Así mismo puede comunicarse con el Comité de Ética de dicha institución que validó el presente estudio, teniendo en cuenta el contacto del Comité de Ética: Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, presidenta del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener, para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, **Email:** comité.etica@uwiener.edu.pe

II. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

He leído y recibido toda la información necesaria, siendo esta clara y precisa respecto a la finalidad, el procedimiento a seguir a través del investigador y los beneficios que aportara al área de salud. Quedando resueltas todas mis dudas y preguntas. Entiendo que mi decisión es libre de participar o de retirarme en el momento que así lo considere por derecho, sin afectación alguna. Se me entregará una copia firmada de este documento.



Nombre participante:

DNI:

Fecha: (/ /)

Nombre investigador: *Tomas Pacheco Marisol Claudia*

DNI: 46374331

Fecha: (/ /)

Nombre testigo o representante legal:

DNI:

Fecha: (/ /)

Nota: *La firma del testigo o representante legal es obligatoria sólo cuando el participante tiene alguna discapacidad que le impida firmar o imprimir su huella, o en el caso de no saber leer y escribir.*

Anexo 7: Carta de aprobación de la institución para la recolección de dato

"SANTA ISABEL"
Iglesia Adventista del Séptimo Día
DISTRITO MISIONERO DE CARABAYLLO "A"
PERÚ

JR. LOS TULIPANES 380
Urb. Santa Isabel - CARABAYLLO
LIMA PERÚ

**CARTA DE AUTORIZACIÓN**

Carabayllo 30 de mayo del 2024

Señorita:

Marisol Claudia Tomas Pacheco

Presente. -

De acuerdo a la solicitud enviada por usted, le informamos que la Iglesia Adventista del Séptimo Día Santa Isabel de Carabayllo, está presta a colaborar con la recolección de datos de su Proyecto de Investigación: "Riesgo de caída y capacidad funcional en adultos mayores que asisten a un centro religioso. Carabayllo - Lima 2024".

Es por ello que la Junta Directiva de nuestra iglesia, con voto 2024-081 autoriza su investigación con la confianza de que lo tomará con mucha responsabilidad.

Atentamente,



Jhonatan Escriba Muñoz
Pastor Distrital

Anexo 8: Informe del asesor de Turnitin

NOMBRE DEL TRABAJO

MARISOL TOMAS PACHECO-RIESGO DE CAIDA Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A UN CENTRO

RECuento de palabras

12952 Words

RECuento de caracteres

74208 Characters

RECuento de páginas

73 Pages

Tamaño del archivo

1.4MB

Fecha de entrega

Sep 13, 2024 3:20 PM GMT-5

Fecha del informe

Sep 13, 2024 3:21 PM GMT-5

● 4% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 3% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% Base de datos de trabajos entregados
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Material citado
- Bloques de texto excluidos manualmente
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)

● 4% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 3% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 2% Base de datos de trabajos entregados
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

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

1	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	3%
2	uwiener on 2024-07-29 Submitted works	<1%
3	Almeida, Catarina Ines Soares. "Risco de Quedas nas Ucci do Distrito d... Publication	<1%
4	Hudson Azevedo Pinheiro, Karla Helena Coelho Vilaça, Gustavo de Aze... Crossref	<1%