



Universidad
Norbert Wiener

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE TECNOLOGÍA MÉDICA EN
TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

Tesis

Deterioro cognitivo y riesgo de caída en los adultos mayores del Centro
Municipal Fisiocentro, Surquillo, 2025

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

Presentado por:

Autora: Garcés Huamani, Elizabeth Margarita Jazmin

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-2283-9118>

Asesora: Dra. Bejarano Ambrosio, Myriam Juvit

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-4246-970X>

Lima – Perú

2026

 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, Elizabeth Margarita Jazmín Garcés Huamani 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 “Deterioro cognitivo y riesgo de caída en los adultos mayores del Centro Municipal Fisiocentro, Surquillo, 2025” Asesorado por el docente: **MIRIAM JOVIT BEJARANO AMBROSIO** DNI 41677988 ORCID <https://orcid.org/0000-0002-9208-746X> tiene un índice de similitud de **10 (diez) %** con código 14912:548317890 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 1

Elizabeth Margarita Jazmín Garcés Huamani
DNI:73654999



.....
Firma

Miriam Jovit Bejarano Ambrosio
DNI: 41677988

Lima, 19 de diciembre del 2025

ÍNDICE

Dedicatoria	Pág. 4
Agradecimientos	Pág. 5
Índice general	Pág. 6
Índice de tablas, figuras u otros (de corresponder)	Pág. 7
Resumen	Pág. 8
<i>Abstract</i>	Pág. 9

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mis padres y hermanas, quienes han sido mi guía, mi motivo para seguir creciendo cada día y la fuerza que me impulsa a continuar. Asimismo, a la memoria de mis abuelos Víctor y Nilda, por su amor infinito, quienes me inculcaron el valor de la perseverancia, la superación de dificultades y confianza. Aunque ya no me acompañan, está dedicado en su honor, con profundo cariño y gratitud.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme fortaleza y residencia a lo largo de este camino. Además, agradezco a mi familia por ser mi apoyo incondicional.

También agradezco a mi asesora Miriam Bejarano, por su orientarme y guiarme con sus conocimientos, lo cuales fueron fundamentales para el desarrollo de este trabajo.

Asimismo, agradezco a mi alma mater Universidad Norbert Wiener, por brindarme la oportunidad de formarme profesionalmente.

ÍNDICE GENERAL

I.	INTRODUCCIÓN	Pág. 12
II.	METODOLOGÍA	Pág. 14
III.	RESULTADO	Pág. 17
IV.	DISCUSIÓN	Pág. 24
V.	CONCLUSIONES	Pág. 27
VI.	REFERENCIAS	Pág. 28
VII.	ANEXOS	Pág. 32

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución según el sexo de los participantes	Pág. 17
Tabla 2. Distribución según la edad de los participantes	Pág. 18
Tabla 3. Distribución según el nivel de estudios	Pág. 19
Tabla 4. Identificación del grado del riesgo de caídas en los adultos mayores	Pág. 20
Tabla 5. Relación entre el deterioro cognitivo y riesgo de caída en los adultos mayores	Pág. 21
Tabla 6. Relación entre el deterioro cognitivo y el equilibrio en los adultos mayores	Pág. 22
Tabla 7. Relación entre el deterioro cognitivo y marcha en los adultos mayores	Pág. 23

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Figura 1. Distribución según el sexo de los participantes	Pág. 17
Figura 2. Distribución según la edad de los participantes	Pág. 18
Figura 3. Distribución según el nivel de estudios	Pág. 19
Figura 4. Identificación del grado del deterioro cognitivo en los adultos mayores	Pág. 20
Figura 5. Identificación del grado del riesgo de caídas en los adultos mayores	Pág. 21

**Deterioro cognitivo y riesgo de caída en los adultos
mayores del Centro Municipal
Fisiocentro, Surquillo, 2025**

**Cognitive impairment and risk of falls in older adults at
the Municipal Center
Fisiocentro, Surquillo, 2025**

Autor(es) y filiación: Garces Huamani Elizabeth Margarita Jazmín, Bachiller del Programa Académico de Profesional de Tecnología Médica, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Privada Norbert Wiener, Lima, Perú.

Resumen: El progresivo envejecimiento de la población conlleva modificaciones a nivel cognitivo y funcional que pueden comprometer la autonomía del adulto mayor, incrementando la probabilidad de sufrir caídas, lo que representa un desafío relevante para la salud pública. **Objetivo:** Determinar la relación existente entre el deterioro cognitivo y el riesgo de caídas en los adultos mayores atendidos en el Centro Municipal Fisiocentro del distrito de Surquillo durante el año 2025. **Metodología:** Enfoque cuantitativo, de tipo aplicado, bajo un diseño no experimental, correlacional y transversal. La población de estudio conformado por 80 adultos mayores, seleccionados mediante muestreo censal. La evaluación del estado cognitivo se realizó mediante la escala de Pfeiffer, mientras que el riesgo de caídas fue determinado utilizando la escala de Tinetti. El procesamiento estadístico incluyó estadística descriptiva y la aplicación del coeficiente de correlación Rho de Spearman, estableciendo un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$. **Resultados:** Se evidenció que el 51,2 % de los participantes presentó deterioro cognitivo de grado moderado, mientras que el 61,3 % mostró un riesgo bajo de caídas. Asimismo, se identificó una correlación positiva y estadísticamente significativa entre el deterioro cognitivo y el riesgo de caída ($r_s = 0,743$; $p < 0,05$), así como asociaciones significativas con los componentes de equilibrio y marcha. **Conclusión:** Se concluye que el deterioro cognitivo se asocia significativamente con el riesgo de caída en los adultos mayores, resaltando la importancia de integrar la evaluación cognitiva en estrategias de prevención y rehabilitación funcional.

Palabras clave: Deterioro cognitivo; riesgo de caída; adulto mayor; equilibrio; marcha.

Abstract: The progressive aging of the population entails cognitive and functional modifications that can compromise the autonomy of the elderly, increasing the probability of falling, which represents a relevant challenge for public health. **Objective:** To analyze the relationship between cognitive impairment and the risk of falls in older adults treated at the Municipal Physiocenter Center of the Surquillo district during the year 2025. **Methodology:** Quantitative approach, applied under a non-experimental, correlational and cross-sectional design. The study population consisted of 80 older adults, selected through census sampling. The assessment of cognitive status was carried out using the Pfeiffer scale, while the risk of falls was determined using the Tinetti scale. Statistical processing included descriptive statistics and the application of Spearman's Rho correlation coefficient, establishing a statistical significance level of $p < 0.05$. **Results:** It was evidenced that 51.2 % of the participants presented moderate cognitive impairment, while 61.3 % showed a low risk of falls. Likewise, a positive and statistically significant correlation was identified between cognitive impairment and fall risk ($r_s = 0.743$; $p < 0.05$), as well as significant associations with the balance and gait components. **Conclusion:** It is concluded that cognitive decline is significantly associated with the risk of falls in older adults, highlighting the importance of integrating cognitive assessment into prevention and functional rehabilitation strategies.

Keywords: Cognitive impairment; risk of falling; older adult; balance; gait

I. Introducción:

El envejecimiento es un fenómeno biológico natural e irreversible que produce cambios paulatinos en los diversos sistemas del cuerpo. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), este procedimiento conlleva alteraciones a nivel funcional, cognitivo y fisiológico que pueden impactar en la calidad de vida y autonomía de las personas mayores (1). La OMS calcula que entre el 5% y el 8% de los individuos con más de 60 años sufren algún tipo de deterioro cognitivo. (2)

Diversos estudios internacionales evidencian la magnitud de este problema. En Europa, el deterioro cognitivo varía según los grupos etarios y el contexto sociocultural; por ejemplo, en España presentan 45,3% de las personas de 85 años (3). En Estados Unidos, el 11,7% de los adultos mayores de 65 años a 80 años muestran un deterioro significativo (4) En América Latina y el Caribe, la demencia afecta al 8,97% de las mujeres y al 7,26% de los hombres, con mayor prevalencia en zonas rurales y en personas sin educación formal, donde supera el 20%. (5) En Chile, el 36,3% en mayores de 80 años presenta deterioro cognitivo. (6) En el Perú, un estudio efectuado en Chiclayo presentó el 45,7%, principalmente en mujeres de 71 a 75 años. (7)

El deterioro cognitivo no solo afecta la memoria y la atención, sino que también repercute directamente en la funcionalidad motora, la estabilidad postural y la capacidad de marcha, lo que incrementa la probabilidad de sufrir caídas considerados uno de los síndromes geriátricos más relevantes por su alta incidencia, las lesiones que ocasionan y su impacto sobre la independencia funcional (8). Según la OMS, las caídas causan 684 mil muertes al año en el mundo. En Estados Unidos, entre el 20% y 30% de los adultos mayores que sufren caídas (9). El 30,5% de los adultos mayores en Barcelona sufre al menos una caída al año, porcentaje que aumenta en quienes tienen deterioro cognitivo. (10). En Latinoamérica, la situación es similar. En Chile, el 34% de los adultos mayores sufre caídas, (11) En Perú, reportó un riesgo de caída del 19,8% en varones y 15,7% en mujeres, asociado a factores cognitivos y de equilibrio. (12)

La relación entre un empeoramiento de las funciones cognitivas y una mayor frecuencia de caídas ha sido revelada persistentemente por la literatura científica. Tirado et al. (2023) evidenció una correlación positiva ($r_s=0.880$, $p=0.01$) entre las dos variables en adultos mayores, lo que sugiere que el deterioro cognitivo podría ser responsable del 77% del riesgo de caídas. (14) Campiño et al. y Carrillo et al. muestran una asociación

importante entre el deterioro cognitivo y la probabilidad de que los ancianos caigan. Indican que la incidencia de caídas se eleva debido al aumento de la demencia, utilizando la escala Pfeiffer y Tinetti. Los factores físicos y cognitivos tienen un impacto directo en la ocurrencia de caídas, según ambos autores. (15, 16).

En conjunto, Arias et al. (17) y Ríos et al. (18) concluyen que la prevalencia de caídas en adultos mayores es elevada, alcanzando el 44,5 % y aumentando hasta el 54 % en los de mayor edad. Además, los adultos con deterioro cognitivo presentan 2,071 veces más riesgo de caída y aquellos con dependencia funcional, 3,786 veces más, lo que confirma la influencia de la edad, la función cognitiva y la autonomía en la ocurrencia de caídas.

En el contexto nacional, estudios como los de Zegarra et al. (20) y Palacios (21) han reportado una alta prevalencia de deterioro cognitivo moderado del (85,5%) a partir de los 86 años, mientras que los 60 a 70 años presenta el 71,6% con predominio en mujeres. Por otro lado, investigaciones recientes como las de Leitón et al. (22) presentaron del 30% de caídas y un 14% de caídas recurrentes, con mayor riesgo en mujeres con dependencia en actividades básicas. De manera similar Balcázar (23) en su estudio evidencio el 45,9% de los adultos mayores presentaba riesgo leve de caída y desempeño cognitivo comprometido, confirmando la asociación entre deterioro cognitivo y riesgo de caídas

Frente a este panorama, resulta evidente la necesidad de actualizar la evidencia científica sobre esta problemática en el contexto peruano, donde el envejecimiento poblacional se acelera y las condiciones de salud de los adultos mayores requieren una atención integral. Por ende, se propone esta investigación como objetivo determinar la relación entre el deterioro cognitivo y riesgo de caída en los adultos atendidos en Fisiocentro, surquillo en el periodo del 2025, reconociendo la importancia de comprender de que manera la salud cognitiva repercute el riesgo de caída en los adultos mayor en un entorno clínico.

II. METODOLOGIA

Esta actual investigación desarrolló un enfoque cuantitativo de tipo aplicado, lo que nos permite medir de manera objetiva, utilizando instrumentos y análisis estadístico. El diseño de la investigación fue no experimental, dado que los fenómenos de estudio se analizaron desde un entorno natural, sin manipulación alguna para tener una mayor claridad en el estudio. (24) Se aplicó un nivel correlacional en el cual se analizará de ambas variables en el campo clínico mediante un corte transversal para comprender como se relacionan y se manifiestan en la actualidad. La muestra estuvo conformada por 80 participantes, adultos mayores que son atendidos en Fisiocentro Surquillo tomando en cuenta los criterios clínicos y éticos establecidos con anterioridad para la realización de la investigación.

Además, se aplicaron los criterios de inclusión que conformaron adultos mayores de 60 años o mayores que asisten a fisiocentro, que tengan dificultades motoras o cognitivas participando previamente con su autorización mediante el consentimiento informado, sin embargo, también se excluyeron en el estudio adultos mayores menores de 60 años, que tengan dificultades en su habilidad comunicativa lo cual imposibilite llenar el formulario además que no deseen participar en el estudio.

En el estudio se utilizó la escala Pfeiffer, desarrollada por Eric Pfeiffer, evalúa la magnitud del deterioro cognitivo, compone de 10 preguntas que evalúa aspectos de la memoria, orientación y cálculo, es válida internacionalmente y nació por lo tanto es eficaz para la valoración en el adulto mayor. Los resultados se obtendrán por cada respuesta errónea a nula, se considerará un punto, sin embargo, por cada respuesta obtenida se considera 0 perteneciendo un puntaje ideal. Toda respuesta errónea debe registrarse sin corregir al participante con la finalidad de la objetividad y confiabilidad de la evaluación. (25). Para el riesgo de caída se utilizó la Escala de Tinetti evalúa la estabilidad dinámica y estática del adulto mayor, pertenece de 22 ítems con 2 dimensiones, marcha y equilibrio.

Para su aplicación el evaluador indica realizar ciertas actividades indicando cada acción de manera clara, las ejecuciones del participante, sean correctas o incorrectas, deben registrarse y tomarse en cuenta. Se requiere aproximadamente entre 10 y 15 minutos para completar cada ítem. Los resultados obtenidos se califican con valores de 0 a 2 en el cual 0 representa mayor dependencia o limitación, mientras que el puntaje 2 representa mayor autonomía en las actividades.

Posteriormente las puntuaciones obtenidas se obtendrán por cada componente y suma de ambas. Cada componente corresponde lo siguiente: marcha 12 puntos, equilibrio 16 puntos tomando en cuenta en la suma total se obtiene 28 puntos, de acuerdo al aumento o disminución se calificará el grado de riesgo de caída (26).

La ejecución de las actividades para la recolección de los datos, se realizó el llenado de la ficha de datos sociodemográficos permitiendo conocer las características importantes de los participantes. La evaluación del cognitivo, consistió en la realización de las 5 preguntas de manera individual, permitiendo que cada participante analizara y respondiera según su comprensión, tomando en cuenta las respuesta correctas e incorrectas. La duración consto de 10 minutos. Para la evaluación de caídas, previamente el paciente se le brindo información para la ejecución de las actividades que abarca la escala (equilibrio y marcha). El cuestionario se aplicó de manera individual con durante 15 minutos tomando en cuenta que son adultos mayores siempre se brindó las indicaciones. Para el equilibrio se trabajó en sedente, utilizando los asientos respectivos del centro, para la sesión de la marcha se tomó el espacio del centro donde se indicó desplazarse a 3 metros. La distancia fue marcada previamente para facilitar la ejecución de recorrido y permitir la evaluación precisa de cada indicador. Cabe destacar que los datos recopilados se almaceno y fueron encriptados solo para la investigación, respetando la confidencialidad y ética.

La totalidad de la información fue centralizada en una base de datos registrada en Microsoft Excel y después procesada en el programa estadístico SPSS v27. Se utilizaron frecuencias absolutas, relativas y tablas de distribución para analizar las características sociodemográficas, así como los niveles de deterioro cognitivo y riesgo de caída. Además, se mostraron gráficos de barras y de sectores para observar cómo están distribuidas las variables cualitativas. La media, la mediana y la desviación estándar se calcularán para la variable edad. La prueba Kolmogórov–Smirnov se utilizó para el análisis inferencial, debido a las características ordinales de las variables principales y al tamaño de la muestra, con el objetivo de verificar si la distribución de los datos es normal. Dado que los puntajes de las escalas Pfeiffer y Tinetti son variables ordinales y la distribución no es normal, se empleará el coeficiente de correlación Rho de Spearman, el cual permite evaluar la relación monótonica junto a dos variables sin asumir normalidad.

Se reportarán el valor del estadístico, el coeficiente de correlación, el valor p y el grado de significancia. Se considerará $p < 0.05$ como estadísticamente significativo.

La inclusión de los participantes se efectuó de manera voluntaria, luego de recibir la introducción de las actividades que se realizara y obtener el consentimiento informado. Por lo cual conservaron el derecho de retirarse de la actividad en la cualquiera fase sin que genera complicaciones. La obtención administrada se elaboró siguiendo los principios éticos protegiendo la integridad emocional y física. Todo el procedimiento se siguió los alineamientos de la declaración Helsinki. (27)

Esta investigación fue aprobada por comité de ética de la Universidad Norbert Wiener, lo que permitió la realización del estudio bajo los lineamientos éticos y metodológicos. Garantizando la seguridad, respeto y confidencialidad de los datos obtenidos, dado que fueron utilizados únicamente para el estudio y serán anuladas luego de culminar el estudio, respetando la información y privacidad del participante.

III. RESULTADOS

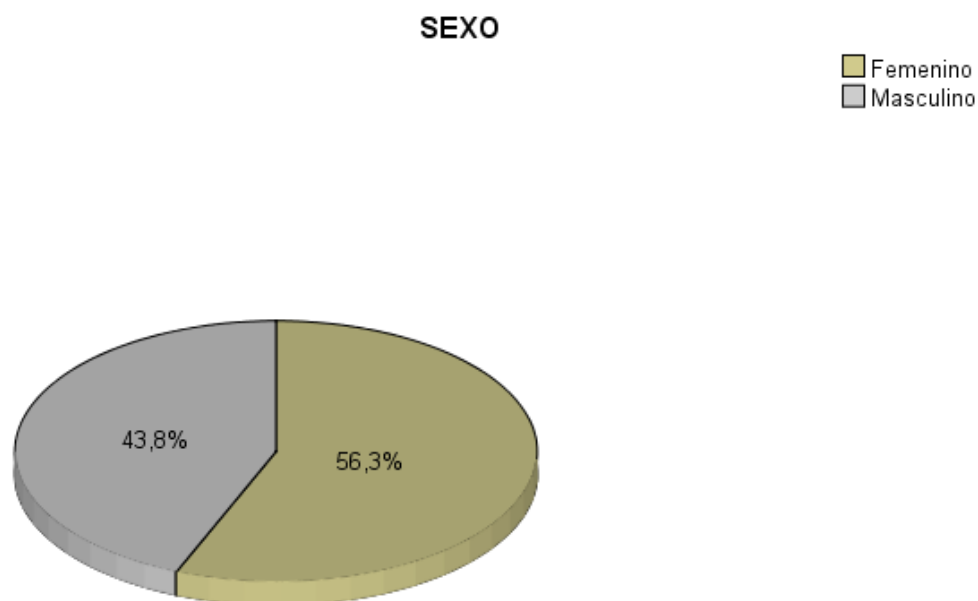
3.1 Resultados descriptivos

Tabla 1. *Distribución según el sexo de los participantes*

Sexo	Total	Porcentaje
Femenino	45	56,3
Masculino	35	43,8
Total	80	100,0

Nota: Fuente propia

Figura 1. *Distribución según el sexo de los participantes*



Interpretación:

Consiste en la distribución de los datos en función del sexo de los participantes, donde se establece que los participantes del sexo femenino estuvieron representados por una frecuencia de 45 el cual equivale al 56,3% y los participantes del sexo masculino lo

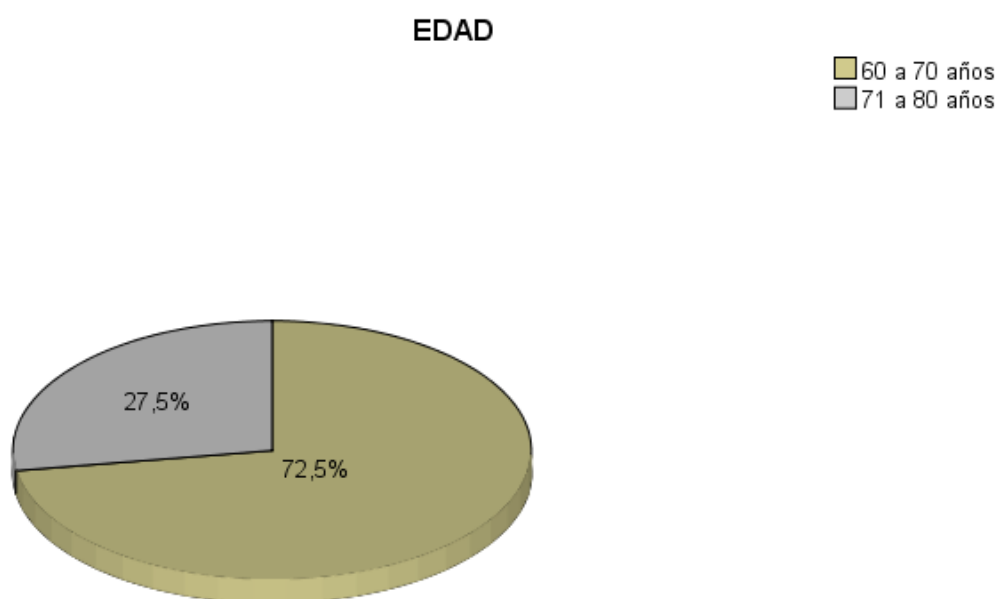
representaron 35 que corresponden al 43,8% del total del grupo muestral, lo que determina que el mayor porcentaje lo representaron participantes del sexo femenino.

Tabla 2 . Distribución según la edad de los participantes

Edad	Total	Porcentaje
60 a 70 años	58	72,5
71 a 80 años	22	27,5
Total	80	100,0

Nota: Fuente propia

Figura 2 . Distribución según la edad de los participantes



Interpretación:

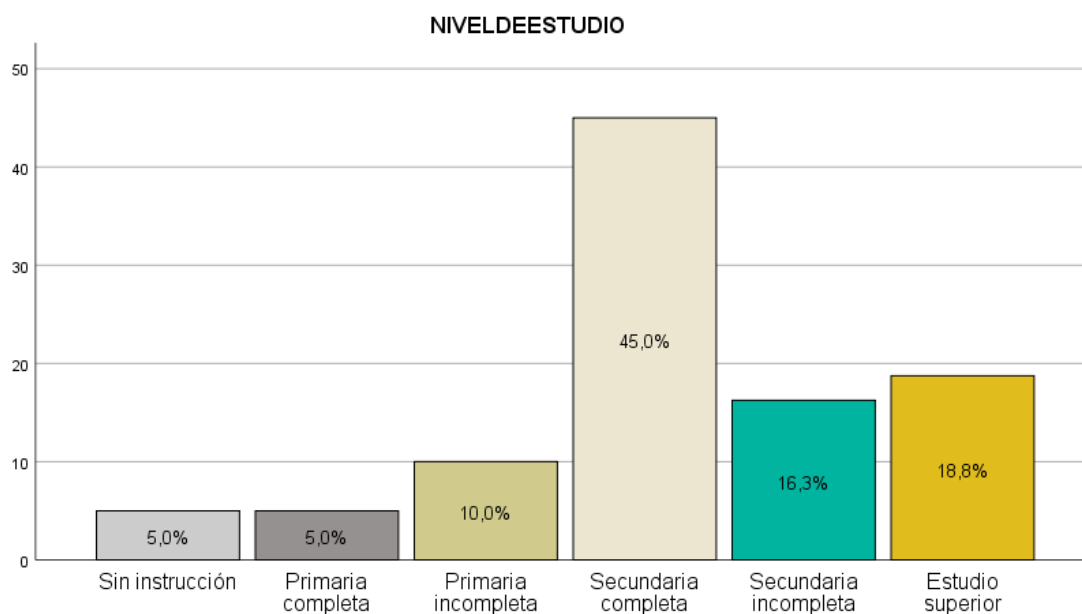
Se basa en la organización de los participantes en función de la edad, en la cual se establece que los participantes comprendidos entre 60 a 70 años presentó una frecuencia de 58 el cual determina un valor porcentual del 72,5%; participantes comprendidos entre 71 a 80 años presentó una frecuencia de 22 equivalente al 27,5% del total del grupo muestral.

Tabla 3. *Distribución según el nivel de estudios*

	Frecuencia	Porcentaje
Sin instrucción	4	5,0
Primaria completa	4	5,0
Primaria incompleta	8	10,0
Secundaria completa	36	45,0
Secundaria incompleta	13	16,3
Estudio superior	15	18,8
Total	80	100,0

Nota: Fuente propia

Figura 3. *Distribución según el nivel de estudios*



Interpretación:

Muestra la distribución de los adultos mayores según su nivel de estudios. Se observa que el 45,0% (36) de los participantes alcanzó secundaria completa, constituyendo el grupo

con mayor frecuencia dentro de la población estudiada. Asimismo, el 18,8% (15) presentó estudios superiores, mientras que el 16,3% (13) tuvo secundaria incompleta.

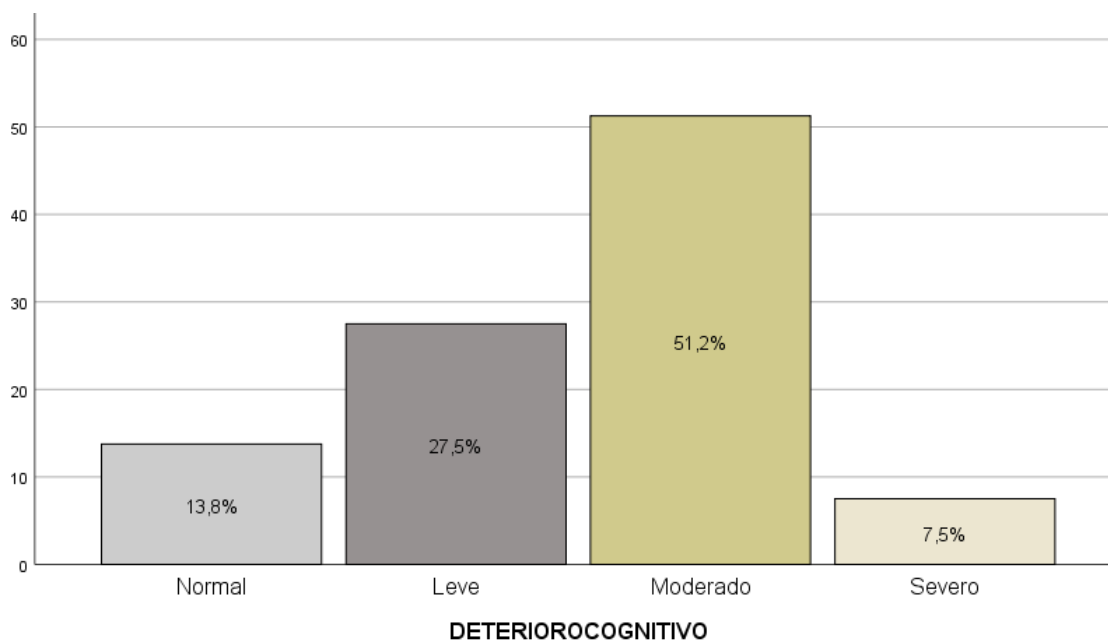
Por otro lado, el 10,0% (8) de los adultos mayores presentó primaria incompleta, y tanto el grupo sin instrucción como el de primaria completa representaron cada uno el 5,0% (4) del total de participantes. Estos resultados evidencian que la mayoría de los adultos mayores evaluados cuenta con un nivel educativo medio, predominando la educación secundaria.

Tabla 4. Identificación del grado del deterioro cognitivo en los adultos mayores

	Frecuencia	Porcentaje
Normal	11	13,8
Leve	22	27,5
Moderado	41	51,2
Severo	6	7,5
Total	80	100,0

Nota: Fuente propia

Figura 4. Identificación del grado del deterioro cognitivo en los adultos mayores



Interpretación:

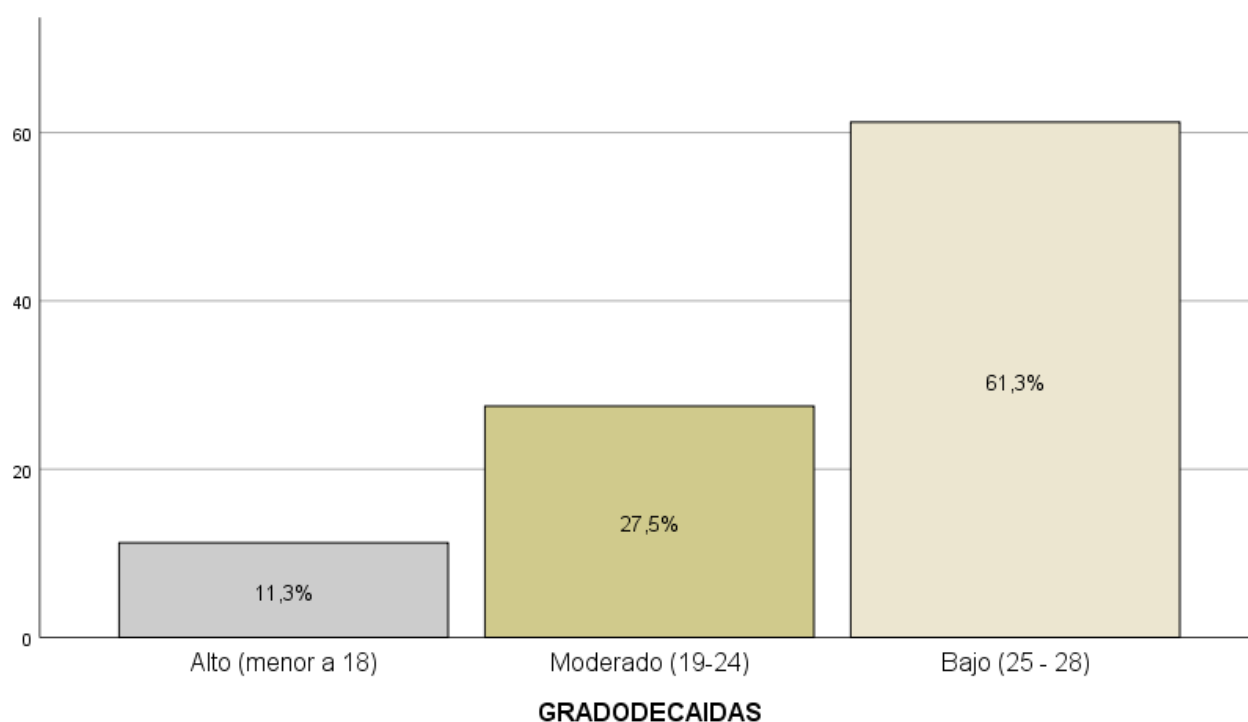
Se describe la identificación del grado del deterioro cognitivo, por lo mismo que se determina como normal una frecuencia de 11 equivalente al 13,8%; deterioro leve presenta una frecuencia de 22 con valor porcentual de 27,5%; para deterioro moderado se presenta una frecuencia de 41 lo que equivale al 51,2%; con respecto al deterioro severo la frecuencia fue 6 equivalente al 7,5%. Por lo expuesto se determina que el mayor valor porcentual se encuentra concentrado en el grupo moderado.

Tabla 5. Identificación del grado del riesgo de caídas en los adultos mayores

	Frecuencia	Porcentaje
Alto (menor a 18)	9	11,3
Moderado (19-24)	22	27,5
Bajo (25 - 28)	49	61,3
Total	80	100,0

Nota: Fuente propia

Figura 5. Identificación del grado del riesgo de caídas en los adultos mayores



Interpretación:

Se describe la identificación del grado del riesgo de caídas en los adultos mayores, por lo mismo que se determina como una frecuencia de 9 equivalente al 11,3%; riesgo de caída moderado una frecuencia de 22 con valor porcentual de 27,5%; para un riesgo bajo se presenta una frecuencia de 49 lo que equivale al 61,3%. Por lo expuesto se determina que el mayor valor porcentual se encuentra concentrado en el riesgo bajo.

3.2 Prueba de Hipótesis

Tabla 6. Relación entre el deterioro cognitivo y riesgo de caída en los adultos mayores.

	Valor	T aproximada	Significación aproximada
R de Pearson	,751	1,181	,040
Correlación de Spearman	,743	1,457	,040
N de casos válidos	80		

Nota: Fuente propia

Interpretación:

los resultados del análisis correlacional entre el deterioro cognitivo y el riesgo de caídas, efectuado mediante el coeficiente Rho de Spearman. El valor obtenido ($r_s = 0,743$), acompañado de un nivel de significancia estadística de $p = 0,040$, indica la presencia de una asociación positiva y significativa entre ambas variables. En función de estos hallazgos, se confirma la hipótesis planteada en el estudio y se descarta la hipótesis nula, evidenciando que el deterioro cognitivo se encuentra relacionado con el riesgo de caídas en la población adulta mayor evaluada.

Tabla 7. Relación entre deterioro cognitivo y el equilibrio en los adultos mayores

	Valor	T aproximada	Significación aproximada
R de Pearson	,733	1,181	,041
Correlación de Spearman	,763	1,457	,049
N de casos válidos	80		

Nota: Fuente propia

Interpretación:

Indica la relación entre deterioro cognitivo y equilibrio. El análisis mediante Rho de Spearman mostró un coeficiente de $r_s = 0,763$, con una significancia de $p = 0,049$, lo que indica una relación positiva y significativa entre el deterioro cognitivo y el equilibrio en los adultos mayores evaluados.

Tabla 8. *Relación entre deterioro cognitivo y marcha en los adultos mayores*

	Valor	T aproximada	Significación aproximada
R de Pearson	,802	1,181	,000
Correlación de Spearman	,802	1,457	,000
N de casos válidos	80		

Nota: Fuente propia

Interpretación:

La investigación analizó la vinculación entre el deterioro cognitivo y la marcha en personas de edad avanzada. Se determinó un coeficiente de correlación de 0,802 para una confianza del 95%, lo que indica un fuerte vínculo. Para una significación de 0,00, que es inferior a 0,05, se concluyó que sí existe relación entre el deterioro cognitivo y la marcha en los adultos mayores.

IV. DISCUSIÓN

La actual investigación tuvo como propósito determinar la relación entre el deterioro cognitivo y el riesgo de caída en los adultos mayores atendidos en el Centro Municipal Fisiocentro, Surquillo, durante el año 2025. Los resultados obtenidos permiten contrastar la evidencia empírica hallada con los antecedentes nacionales e internacionales previamente reportados, contribuyendo a fortalecer el conocimiento sobre esta problemática en el contexto peruano.

En relación con las características sociodemográficas, los resultados evidenciaron un predominio del sexo femenino (56,3%), así como una mayor proporción de adultos mayores en el grupo etario de 60 a 70 años (72,5%). Estos hallazgos son concordantes con lo reportado por Palacios, quien encontró una mayor prevalencia de deterioro cognitivo en mujeres adultas mayores, particularmente en el rango de 60 a 70 años, atribuida a factores biológicos, sociales y educativos (21). De manera similar, Zegarra et al. reportaron una mayor frecuencia de deterioro cognitivo conforme avanza la edad, con predominio femenino, lo cual coincide parcialmente con los resultados del presente estudio, aunque en este caso la población evaluada corresponde a un grupo ambulatorio más joven (20).

Respecto al nivel educativo, se observó que la mayoría de los participantes presentó secundaria completa (45,0%), seguida de estudios superiores (18,8%). Este hallazgo resulta relevante, ya que diversos estudios han señalado que un mayor nivel educativo actúa como factor protector frente al deterioro cognitivo. Sin embargo, a pesar de que gran parte de la muestra cuenta con educación secundaria o superior, se evidenció una alta proporción de deterioro cognitivo moderado, lo que sugiere que otros factores asociados al envejecimiento y a la funcionalidad pueden estar influyendo en la progresión del deterioro cognitivo, tal como lo señalan Ribeiro et al. en su revisión sistemática sobre demencia en América Latina y el Caribe (5).

En cuanto al grado de deterioro cognitivo, el 51,2% de los adultos mayores presentó deterioro cognitivo moderado, seguido del 27,5% con deterioro leve. Estos resultados son comparables con los hallazgos de Palacios, quien reportó una prevalencia elevada de deterioro cognitivo moderado (73,3%) en adultos mayores peruanos,

utilizando instrumentos de evaluación cognitiva validados (21). Asimismo, Zegarra et al. Informaron que el deterioro cognitivo aumenta de manera significativa con la edad, alcanzando porcentajes elevados en grupos etarios mayores, lo que respalda la tendencia observada en el presente estudio (20).

En lo que respecta a la distribución del riesgo de caídas, el nivel bajo fue el más común entre los adultos mayores evaluados (61,3 %), seguido por el riesgo moderado (27,5 %) y, en menor medida, el riesgo alto (11,3 %). Estos resultados presentan algunas diferencias con lo reportado por Leitón et al., que informaron una frecuencia de caídas del 30 % en adultos mayores que viven en casa, además de un 14 % de sucesos recurrentes, siendo más frecuentes en las mujeres con dependencia funcional (22). El hecho de que el presente análisis haya identificado un riesgo más bajo podría deberse a las particularidades de la población estudiada, que recibe intervención fisioterapéutica con frecuencia. Esta situación podría contribuir al mantenimiento del equilibrio y a un patrón de marcha más estable.

El análisis estadístico inferencial evidenció una asociación positiva y estadísticamente significativa entre el deterioro cognitivo y el riesgo de caídas ($r_s = 0,743$; $p = 0,040$). Estos hallazgos guardan concordancia con lo descrito por Tirado et al., quienes reportaron una correlación positiva de alta magnitud entre ambas variables ($r_s = 0,880$; $p = 0,01$), señalando que el compromiso cognitivo constituye un factor explicativo relevante del riesgo de caídas en la población adulta mayor (14). Asimismo, las investigaciones desarrolladas por Carrillo et. al y Campiño et al. respaldan esta asociación, al demostrar que el aumento del deterioro cognitivo se relaciona con una mayor incidencia de caídas, resaltando la interdependencia entre los componentes cognitivos y las capacidades físicas en este grupo etario (15,16).

De igual manera, al examinar la relación entre deterioro cognitivo y equilibrio, se observó una correlación positiva significativa ($p = 0,049$; $r_s = 0,763$). Este descubrimiento concuerda con lo que Campiño et al. afirmaron: las alteraciones cognitivas tienen un impacto directo en la estabilidad y el control postural, lo cual aumenta el peligro de caídas en personas mayores que están institucionalizadas (16). Arias et al. indicaron que la reducción de la capacidad cognitiva y funcional está relacionada con una inestabilidad más elevada y un incremento del riesgo de caídas en los servicios ambulatorios geriátricos (17).

Por otro lado, la relación entre deterioro cognitivo y marcha mostró una correlación positiva alta y estadísticamente significativa ($r_s = 0,802$; $p = 0,000$). Este resultado respalda lo reportado por Ríos et al., quienes identificaron que los adultos mayores con deterioro cognitivo presentan mayor riesgo de alteraciones en la marcha y dependencia funcional, incrementando significativamente la probabilidad de caídas (18). Asimismo, Balcázar evidenció una asociación significativa entre desempeño cognitivo comprometido y riesgo de caídas leve a moderado en adultos mayores peruanos, utilizando las escalas de Pfeiffer y Tinetti, lo que coincide plenamente con los resultados del presente estudio (23).

En conjunto, los hallazgos obtenidos confirman que el deterioro cognitivo constituye un factor determinante en el incremento del riesgo de caídas, afectando de manera directa el equilibrio y la marcha de los adultos mayores. Estos resultados refuerzan la evidencia científica previa y resaltan la necesidad de integrar la evaluación cognitiva dentro de los programas de prevención de caídas y rehabilitación funcional en el adulto mayor, especialmente en el contexto peruano, donde la población envejecida continúa en aumento.

V. CONCLUSIONES

- Se evidencia que entre el riesgo de caídas y el deterioro cognitivo de los adultos mayores del Centro Municipal Fisiocentro en Surquillo, existe una correlación positiva y significativa desde un punto de vista estadístico, durante 2025.
- En relación con las características sociodemográficas, la población evaluada estuvo conformada mayoritariamente por mujeres, con un rango etario comprendido entre los 60 y 70 años, y con nivel educativo correspondiente a secundaria completa.
- El análisis del estado cognitivo mostró que el grado de deterioro cognitivo más frecuente entre los adultos mayores fue el deterioro cognitivo de tipo moderado.
- Se identifica que el riesgo de caída predominante fue el riesgo bajo, seguido del riesgo moderado y alto.
- Se determina que existe una relación positiva y significativa entre el deterioro cognitivo y el equilibrio en los adultos mayores.
- Se evidencia que existe una relación positiva alta y estadísticamente significativa entre el deterioro cognitivo y la marcha, evidenciando que el deterioro cognitivo afecta el patrón de marcha.

BIBLIOGRAFIA

1. Pinilla, C et al. Adulto mayor: envejecimiento, discapacidad, cuidado y centros día. Revisión de tema. Salud Uninorte [Internet]. 2022 ;37(02):488–505. Disponible en:http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522021000200488
2. Directrices de la OMS para la reducción de los riesgos de deterioro cognitivo y demencia [Internet]. (2020). National Center for Biotecnología Information; Organización Panamericana de la Salud. [citado el 19 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52426>
3. Juan J. Cuidados de larga duración y deterioro cognitivo en España [Internet]. Fundación de Estudios de Economía Aplicada. 2025. [citado el 20 de mayo de 2025]. Disponible en: https://fedea.net/cuidados-de-larga-duracion-y-deterioro-cognitivo-en-espana/?utm_source
4. Reyes L. Más de 7 millones de estadounidenses desconocen que padecen un deterioro cognitivo leve [Internet]. Diario las Américas. 2023. [citado el 22 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.diariolasamericas.com/eeuu/mas-7-millones-estadounidenses-desconocen-que-padecen-un-deterioro-cognitivo-leve-n5345655>
5. Ribeiro F, Santos A et al. Prevalencia de la demencia en países de América Latina y el Caribe: Revisión sistemática y metaanálisis que exploran la edad, el sexo, la ruralidad y la educación como posibles determinantes. [Internet]. 2022;81(101703):101703. Disponible en:<http://dx.doi.org/10.1016/j.arr.2022.101703>
6. Contreras R, Guerra E, et al. Actividad física y el deterioro cognitivo en adultos mayores. Cienc act fis [Internet]. 2023;24(1):1–14. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=525674606008>
7. Prevalencia de deterioro cognitivo leve en peruanos adultos mayores y de mediana edad- Revista Ecuatoriana de Neurología. [citado el 30 de mayo de 2025]. [Internet].2023. Disponible en:https://revecuatneurol.com/magazine_issue_article/

[prevalencia-deterioro-cognitivo-leve-peruanos-adultos-mayores-mediana-edad-cognitive-impairment-prevalence-peruvian-middle-age-elderly-adults/](#)

8. Organización Mundial de la Salud - Caídas [Internet] 2024. [citado el 10 de mayo de 2025]. Disponible en:<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
9. Caídas en el adulto mayor, conceptos e intervención. 2021; [citado el 10 de mayo de 2025] Disponible en:<https://libros.usc.edu.co/index.php/usc/catalog/view/351/495/7051>
10. Leitón. E, Silva, J et al. Predicción de caídas y caídas recurrentes en adultos mayores que viven en el domicilio. Gerokomos [Internet]. 2022 ;33(4):212–8. Disponible en:https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134928X2022000400002&script=sci_arttext&utm_source
11. Caídas en el adulto mayor, un problema que afecta a todo nuestro entorno [Internet]. Medical Home.2022. [citado el 13 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://tumedicoadomicilio.cl/articulos-de-salud/caidas-en-el-adulto-mayor-un-problema-que-afecta-a-todo-nuestro-entorno>
12. Diaz, A. Asociación del riesgo de caídas según sexo en el adulto mayor atendido en un hospital lima -Perú 2018.Universidad de San Martin de Porres. Disponible en:https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/3932/bada_da_s.pdf
13. Vista de Caídas en el adulto mayor, en relación a su salud y capacidad funcional [Internet]. Redilat.org. 2023. [citado el 1 de junio de 2025]. disponible en: <https://latam.redilat.org/index.php/lt/article/view/1130/1454>
14. Tirado R, Silva R et al. Deterioro cognitivo y riesgo de caídas en adultos mayores en Culiacán Sinaloa México. Dilemas contemp: educ. política valores [Internet]. 2023;3(45):5 .Disponible en:<https://www.dilemascontemporaneoseduccionpolitica.yvalores.com/index.php/dilemas/article/view/3632>
15. Carrillo C et al. Relación entre frecuencias de caídas en adultos mayores y el componente que la genera. Rev. Cuba Reumatol [Internet]. 2023;25(3). Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S181759962023000300017
16. Campiño S. et al. Riesgo de caídas y su relación con la capacidad física y cognitiva, en una residencia de adultos mayores de Santiago de Chile. Cult cuid [Internet].

2020;17(2):65.Disponible en:<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/09/1247920/riesgo-de-caidas-y-su-relacion-con-la-capacidad-fisica.pdf>

17. Arias, A Cepeda, L et al. Factores asociados a caídas en el servicio ambulatorio de geriatría de un hospital universitario en Bogotá. Cienc Salud [Internet]. 2021;19(1):111.Disponible en:<https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/10058/9502>
18. Ríos, et al. Factores intrínsecos y extrínsecos asociados con caídas en adultos mayores: estudio de casos y controles en México. Gaceta médica de México [Internet].2021;157(2):1339.Disponible en: https://www.gacetamedicademexico.com/frame_esp.php?id=562
19. Suárez, L, Muñoz P. Prevalencia de caídas y factores de riesgo intrínsecos en personas adultas mayores. Barranquilla (Atlántico), Colombia. Rev. Univ Ind Santander Salud [Internet]. 2022;55(1). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072023000100025
20. Zegarra J, Chino N et al. Prevalencia De Deterioro Cognitivo Leve En Peruanos Adultos Mayores Y De Mediana Edad. revecuatneurol [Internet]. 2023;32(1):43–54.Disponible en:http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2631-25812023000100043
21. Palacios J. Deterioro cognitivo en la adultez tardía, dimensiones y afectaciones asociados. Revista Vive [Internet]. 2025;8(22):39–49. Disponible en: <https://revistavive.org/index.php/revistavive/article/view/563>
22. Leitón Z, Silva J, et al. Predicción de caídas y caídas recurrentes en adultos mayores que viven en el domicilio. Gerokomos [Internet]. 2022;33(4):212–8. Disponible en:https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134928X2022000400002&script=sci_arttext&utm_source
23. Balcázar O “Riesgo de caídas y su relación con el deterioro cognitivo en adultos mayores del Policlínico Centro Medic, 2022”. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Tecnología Médica en Terapia Física y Rehabilitación]. Universidad Norbert Wiener; Disponible en:

<https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/8f430382-4e56-4425-b9f6-6f47684d7eac/content>

24. Kerlinger, F. N., y Lee, H. B. Investigación del comportamiento: métodos de investigación en ciencias sociales. 4ª ed. México D.F.: McGraw-Hill; 2002. [citado el 12 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.britannica.com/topic/quality-of-life><https://padron.entretemas.com.ve/INICC2018-2/lecturas/u2/kerlinger-investigacion.pdf>
25. Escala de Tinetti para valorar el equilibrio y la marcha de personas mayores [Internet]. Amavir.2023. [citado el 20 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.amavir.es/cuidar-al-mayor/escala-de-tinetti-para-valorar-el-equilibrio-y-la-marcha-de-personas-mayores>
26. Piquero I. Escala de Pfeiffer: qué es, para qué sirve y cómo se interpreta [Internet]. Psicología-online.com. 2021. [citado el 20 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.psicologia-online.com/escala-de-pfeiffer-que-es-para-que-sirve-y-como-se-interpreta-5753.html>
27. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos [Internet]. Wma.net. [citado el 28 de septiembre de 2025]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

VI. ANEXOS

Anexo 1

Formato de consentimiento informado

Título del proyecto: “Deterioro Cognitivo Y Riesgo De Caída En Los Adultos Mayores Del Centro De Salud De Surquillo, 2025”

Nombre del investigador principal: Garces Huamani Elizabeth Margarita Jazmín

Institución: Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW)

Estamos invitando a usted a participar en un estudio de investigación titulado: “Deterioro Cognitivo Y Riesgo De Caída En Los Adultos Mayores Del Centro De Salud De Surquillo,2025”. Este es un estudio desarrollado por investigador de la Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW).

I. INFORMACIÓN

Propósito del estudio:

El propósito general de este estudio es determinar la relación entre el deterioro cognitivo y el riesgo de caída en los adultos mayores que acuden al Centro Municipal Fisiocentro, Surquillo.

Este estudio tiene como objetivos específicos son:

- Describir las características sociodemográficas de los adultos mayores participantes.
- Identificar el grado de deterioro cognitivo mediante el cuestionario de Pfeiffer.
- Identificar el nivel de riesgo de caída mediante la escala de Tinetti.
- Identificar la relación entre deterioro cognitivo y equilibrio.
- Identificar la relación entre deterioro cognitivo y marcha.

Los resultados del estudio serán utilizados únicamente con fines académicos y científicos, con el objetivo de comprender mejor la relación entre las capacidades cognitivas y el riesgo de caída, contribuyendo a generar evidencia para futuras acciones preventivas y programas de salud dirigidos a adultos mayores. Ningún dato identificable será difundido.

Duración del estudio (meses): 4 meses

Nº esperado de participantes: 80

Criterios de Inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores que tengan 60-80 años que se encuentra en el centro de salud de Surquillo.
- Adultos mayores que presenten problemas funcionales y cognitivos.
- Adultos mayores que deseen participar en el estudio y firme el consentimiento informado.

- Adultos mayores que estén en condición de comunicarse verbalmente y de seguir instrucciones básicas.

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores que tengan menos de 60 años y no se encuentre en el centro de salud de Surquillo.
- Adultos mayores que presentan alteración en la comunicación
- Adultos mayores que no deseen participar en el estudio.
- Adultos mayores que utilizan dispositivos de movilidad bajo supervisión, limitando la evaluación funcional.

Procedimientos del estudio: si Usted decide participar en este estudio se le realizará los siguientes procesos:

En primera instancia se le explicará en qué consistirá ambos instrumentos, entre ellas el cuestionario de Pfeffer consiste en la realización de 10 preguntas en el cual tiene una valoración por cada ítem respondido, su aplicación será de manera individual. En cuanto a la escala de Tinetti, previo a su aplicación, usted tendrá conocimiento de las actividades que realizara respectó cada ítem dentro la valoración.

Cabe destacar que cualquier duda que presentará podrá realizar su consulta y recibirá la orientación correspondiente. La duración de ambos instrumentos será 15 minutos, y ambos instrumentos se ejecutará de manera individual y señalizada.

Su participación tiene como finalidad conocer el grado cognitivo y autonomía. De esta manera se busca prevenir que estos aspectos se vean afectados permitiendo identificarlos. Los resultados se le entregarán a usted en forma individual y se almacenarán respetando la confidencialidad y su anonimato.

Riesgos: su participación en el estudio no repercutirá ningún riesgo hacia su integridad física y mental. Debido que se le explicara el desarrollo de las actividades para que usted pueda sentirse en confianza. Además, las preguntas que usted responda de acuerdo al cuestionario se mantendrán en discreción, asimismo en la ejecución de ciertas actividades entre ellas: levantarse y caminar los cuales forman la evaluación no le generara ningún tipo de riesgo alguno. Por ende, si presenta alguna inquietud o duda de responder una de las preguntas o en la ejecución de las actividades puede obviar las preguntas e indicaciones, si usted siente alguna molestia durante la evaluación o por motivo personal es libre desistir con el desarrollo del estudio.

Beneficios: su participación en el estudio no conlleva beneficios económicos, ni compensaciones directas. Sin embargo, su participación será de gran importancia ya que los datos obtenidos nos ayudarán en conocer el impacto que tiene ambos componentes del estudio, de esta manera se podrá concienciar la importancia de ellas. Además, los datos recopilados serán fundamental para crear nuevas iniciativas educativas y científicas que ayuden a mejorar el proceso de aprendizaje y a preparar a las nuevas a los profesionales. Por

lo tanto, su participación en esta investigación aportara para el conocimiento científico ya que brindara accesos a la continuidad para futuras investigaciones

Costos e incentivos: Usted no pagará ningún costo monetario por su participación en la presente investigación. Así mismo, no recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

Confidencialidad: se guardará la información recolectada con códigos para resguardar su identidad. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita su identificación. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al equipo de estudio. Sin embargo, sí presentara algún riesgo de salud que requiera el uso de sus datos, serán proporcionados al médico, bajo su consentimiento., haciendo referencia que dicha información solo se podrá guardar o almacenar con un máximo plazo de 05 años de acuerdo a normas vigentes.

Derechos del paciente: su participación en el presente estudio será aplicada de manera voluntaria si presenta dificultad o incomodidad tiene totalmente el derecho de desistir en su participación en cualquier momento, sin que le genere ninguna penalización, sin que esto limite sus los derechos y beneficios que le corresponde.

Preguntas/Contacto: puede comunicarse con el Investigador Principal, al número de celular: 906579358 o al correo: elizabethgh7@gmail.com

Así mismo puede comunicarse con el Comité de Ética que validó el presente estudio.

Contacto del Comité de Ética: Mg. Karina Angelica Minaya Galarreta, 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

Declaro haber leído la hoja de información del Formulario de Consentimiento Informado (FCI), y haber recibido la orientación necesaria sobre los objetivos, procedimientos y finalidades del estudio. Se han respondido todas mis dudas y preguntas. Comprendo que mi decisión de participar es voluntaria y conozco mi derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin que esto me perjudique de ninguna manera. Además, recibiré una copia firmada de este consentimiento.

_____ (Firma)

_____ (Firma)

Nombre **participante:**

DNI:

Fecha: (dd/mm/aaaa)

Nombre **investigador:**

DNI:

Fecha: (dd/mm/aaaa)

CUESTIONARIO DE PFEIFFER (SPMSQ)

1.	¿Cuál es la fecha de hoy? (1)
2.	¿Qué día de la semana?
3.	¿En qué lugar estamos? (2)
4.	¿Cuál es su número de teléfono? (si no tiene teléfono ¿Cuál es su dirección completa?)
5.	¿Cuántos años tiene?
6.	¿Dónde nació?
7.	¿Cuál es el nombre del presidente?
8.	¿Cuál es el nombre del presidente anterior?
9.	¿Cuál es el nombre de soltera de su madre?
10.	Reste de tres en tres desde 29 (3)

(1) Día, mes y año

(2) Vale cualquier descripción correcta del lugar

(3) Cualquier error hace errónea la respuesta

Errores:	Resultados:
0 - 2	Valoración cognitiva normal
3 - 4	Deterioro leve
5 - 7	Deterioro moderado

8 - 10	Deterioro severo
--------	------------------

- Si el nivel educativo es bajo (estudios elementales) se admite un error más para cada categoría.
- Si el nivel educativo es alto (universitario) se admite un error menos.

ESCALA DE TINETTI – EQUILIBRIO
Puntuación máxima 16

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

Puntaje obtenido en equilibrio _____

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 tambales, 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

ESCALA DE TINETTI – MARCHA

Puntuación marcha: 12

Puntuación total: 28

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 ligero pero seguro"

1.- Iniciación de la marcha (inmediatamente después de decir que ande).	Puntos
Algunas vacilaciones o múltiples para empezar	0
No vacila	1
2.-Longitud y altura de peso	Puntos
A) Movimiento del pie derecho	
No sobrepasa el pie izquierdo con el paso	0
Sobrepasa el pie izquierdo	1
El pie derecho no se separa completamente del suelo con el peso	0
El pie derecho se separa completamente del suelo	1
B) Movimiento del pie izquierdo	
No sobrepasa el pie derecho con el paso	0
Sobrepasa el pie derecho	1
El pie izquierdo no se separa completamente del suelo con el peso	0
El pie izquierdo se separa completamente del suelo	1
3.-Simetría del paso	Puntos
La longitud de los pasos con los pies derecho e izquierdo no es igual	0
La longitud parece igual	1
4.-Fluidez del paso	Puntos
Paradas entre los pasos	0
Los pasos parecen continuos	1
5.Trayectoria (observar el trazado que realiza uno de los pies durante unos 3 metros)	Puntos
Desviación grave de la trayectoria	0
Leve/moderada desviación o uso de ayudas para mantener la trayectoria	1
Sin desviación o ayudas	2
6.Tronco	Puntos
Balanceo marcado o uso de ayudas	0
No se balancea, pero flexiona las rodillas o la espalda o separa los brazos al caminar	1
No se balancea, no se reflexiona, ni otras ayudas	2
7.Postura al caminar	Puntos
Talones separados	0
Talones casi juntos al caminar	1

Puntaje obtenido en
marcha: _____

Marque con una X el riesgo probable:

25 - 28 puntos = Riesgo bajo

19 - 24 puntos = Riesgo moderado

18 puntos o menos = Alto riesgo de caídas

Anexo 3: Validez del instrumento

Nº	DIMENSIONES/ITEMS	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
VARIABLE 1: DETERIORO COGNITIVO								
Dimensión 1: Orientación Temporal								
1.	¿Cuál es la fecha de hoy? (1)	X		X		X		
Dimensión 2: Orientación Espacial								
2.	¿Qué día de la semana?	X		X		X		
3.	¿En qué lugar estamos? (2)	X		X		X		
Dimensión 3: Memoria autográfica y semántica								
4.	¿Cuál es su número de teléfono? (si no tiene teléfono ¿Cuál es su dirección completa?)	X		X		X		
5.	¿Cuántos años tiene?	X		X		X		
6.	¿Dónde nació? (día/mes/año)	X		X		X		
7.	¿Cuál es el nombre del presidente?	X		X		X		
8.	¿Cuál es el nombre del presidente anterior?	X		X		X		
9.	¿Cuál es el nombre de soltera de su madre?	X		X		X		
Dimensión 4: Atención y concentración.								
10.	Recta de tres en tres dedos 29 (3)	X		X		X		
VARIABLE 2: RIESGO DE CAÍDAS								
DIMENSIÓN 1: Marcha								
		Si	No	Si	No	Si	No	
1	Iniciación de la marcha Algunas vacilaciones o múltiples para empezar	X		X		X		
2	No vacila	X		X		X		
3	Longitud y altura de paso (movimiento de pie derecho) No sobrepasa el pie izquierdo con el paso	X		X		X		
4	Sobrepasa el pie izquierdo	X		X		X		
5	El pie derecho no se separa completamente del suelo con el peso	X		X		X		
6	El pie derecho se separa completamente del suelo	X		X		X		
7	Movimiento de pie izquierdo No sobrepasa el pie derecho con el paso	X		X		X		
8	Sobrepasa el pie izquierdo	X		X		X		
9	El pie izquierdo no se separa completamente del suelo con el peso	X		X		X		
10	El pie izquierdo se separa completamente del suelo	X		X		X		
11	Simetría del paso La longitud de los pasos con los pies derecho e izquierdo no es igual	X		X		X		
12	La longitud parece igual	X		X		X		
13	Fluidéz del paso Paradas entre los pasos	X		X		X		
14	Los pasos parecen continuos	X		X		X		
15	Trayectoria Desviación grave de la trayectoria	X		X		X		
16	Leve/moderada desviación o uso de ayudas para mantener la trayectoria	X		X		X		

17	Sin desviación o ayudas	X		X		X		
18	Tronco Balanceo marcado o uso ayudas	X		X		X		
19	No se balancea pero flexiona las rodillas o la espalda o separa los brazos al caminar	X		X		X		
20	No se balancea, no se flexiona, ni otras ayudas	X		X		X		
21	Postura al caminar Talonos separados	X		X		X		
22	Talonos casi juntos al caminar	X		X		X		
	DIMENSIÓN 2: Equilibrio	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	Equilibrio sentado Se inclina o se desliza en la silla	X		X		X		
2	Se mantiene seguro	X		X		X		
3	Levantarse Imposible sin ayuda	X		X		X		
4	Capaz, pero usa los brazos para ayudarse	X		X		X		
5	Capaz de levantarse de un solo intento	X		X		X		
6	Intentos para levantarse Incapaz sin ayuda	X		X		X		
7	Capaz pero necesita más de un intento	X		X		X		
8	Capaz de levantarse de un solo intento	X		X		X		
9	Equilibrio en bipedestación inmediata (los primeros 5 segundos) Inestable (se tambalea, mueve los pies) marcado balanceo del tronco	X		X		X		
10	Estable pero usa el andador, bastón o se agarra u otro objeto para mantenerse	X		X		X		
11	Estable sin andador, bastón u otros soportes	X		X		X		
12	Equilibrio en bipedestación Inestable	X		X		X		
13	Estable, pero con apoyo amplio (talonos separados más de 10 cm) o usa bastón u otro soporte	X		X		X		
14	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	X		X		X		
15	Se tambalea, se agarra pero se mantiene	X		X		X		
16	Estable	X		X		X		
17	Ojos cerrados Inestable	X		X		X		
18	Estable	X		X		X		
19	Vuelta de 360 grados Pasos discontinuos	X		X		X		
20	Continuos	X		X		X		
21	Inestable (se tambalea, se agarra)	X		X		X		
22	Estable	X		X		X		
23	Sentarse Inseguro, calcula mal la distancia, cae en la silla	X		X		X		
24	Usa los brazos o el movimiento es brusco	X		X		X		
25	Seguro, movimiento suave	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): El instrumento es aplicable al estudio

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [_] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: RUIZ JUNCHAYA FRANK ALEX

DNI: 45748328

Especialidad del validador: TERAPIA FISICA Y REHABILITACIÓN

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

06 de MAYO del 2024



Firma del Experto Informante

Nº	DIMENSIONES / ITEMS	Pertinencia ¹		Relevancia ¹		Claridad ¹		Sugerencias
VARIABLE 1: DETERIORO COGNITIVO								
Dimensión 1: Orientación Temporal		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1.	¿Cuál es la fecha de hoy? (1)	/		/		/		
Dimensión 2: Orientación Espacial		/		/		/		
2.	¿Qué día de la semana?	/		/		/		
3.	¿En qué lugar estamos? (2)	/		/		/		
Dimensión 3: Memoria autográfica y semántica		/		/		/		
4.	¿Cuál es su número de teléfono? (si no tiene teléfono ¿Cuál es su dirección completa?)	/		/		/		
5.	¿Cuántos años tiene?	/		/		/		
6.	¿Dónde nació? (día/mes/año)	/		/		/		
7.	¿Cuál es el nombre del presidente?	/		/		/		
8.	¿Cuál es el nombre del presidente anterior?	/		/		/		
9.	¿Cuál es el nombre de soltera de su madre?	/		/		/		
Dimensión 4: Atención y concentración.		/		/		/		
10.	Reste de tres en tres desde 29 (3)	/		/		/		

VARIABLE 2: RIESGO DE CAIDAS								
DIMENSIÓN 1: Marcha		SI	No	SI	No	SI	No	
1	Iniciación de la marcha Algunas vacilaciones o múltiples para empezar	/		/		/		
2	No vacila	/		/		/		
3	Longitud y altura de paso (movimiento de pie derecho) No sobrepasa el pie izquierdo con el paso	/		/		/		
4	Sobrepasa el pie izquierdo	/		/		/		
5	El pie derecho no se separa completamente del suelo con el peso	/		/		/		
6	El pie derecho se separa completamente del suelo	/		/		/		
7	Movimiento de pie izquierdo No sobrepasa el pie derecho con el paso	/		/		/		
8	Sobrepasa el pie izquierdo	/		/		/		
9	El pie izquierdo no se separa completamente del suelo con el peso	/		/		/		
10	El pie izquierdo se separa completamente del suelo	/		/		/		
11	Simetría del paso La longitud de los pasos con los pies derecho e izquierdo no es igual	/		/		/		
12	La longitud parece igual	/		/		/		
13	Fluidez del paso Paradas entre los pasos	/		/		/		
14	Los pasos parecen continuos	/		/		/		
15	Trayectoria Desviación grave de la trayectoria	/		/		/		
16	Leve/moderada desviación o uso de ayudas para mantener la trayectoria	/		/		/		
17	Sin desviación o ayudas	/		/		/		

18	Tronco Balanceo marcado o uso ayudas	/		/		/	
19	No se balancea, pero flexiona las rodillas o la espalda o separa los brazos al caminar	/		/		/	
20	No se balancea, no se flexiona, ni otras ayudas	/		/		/	
21	Postura al caminar Talones separados	/		/		/	
22	Talones casi juntos al caminar	/		/		/	
	DIMENSIÓN 2: Equilibrio	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	Equilibrio sentado Se inclina o se desliza en la silla	/		/		/	
2	Se mantiene seguro	/		/		/	
3	Levantarse Imposible sin ayuda	/		/		/	
4	Capaz, pero usa los brazos para ayudarse	/		/		/	
5	Capaz de levantarse de un solo intento	/		/		/	
6	Intentos para levantarse Incapaz sin ayuda	/		/		/	
7	Capaz, pero necesita más de un intento	/		/		/	
8	Capaz de levantarse de un solo intento	/		/		/	
9	Equilibrio en bipedestación inmediata (los primeros 5 segundos) Inestable (se tambalea, mueve los pies) marcado balanceo del tronco	/		/		/	
10	Estable, pero usa el andador, bastón o se agarra u otro objeto para mantenerse	/		/		/	
11	Estable sin andador, bastón u otros soportes	/		/		/	

12	Equilibrio en bipedestación Inestable	/		/		/	
13	Estable, pero con apoyo amplio (talones separados más de 10 cm) o usa bastón u otro soporte	/		/		/	
14	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	/		/		/	
15	Se tambalea, se agarra, pero se mantiene	/		/		/	
16	Estable	/		/		/	
17	Ojos cerrados Inestable	/		/		/	
18	Estable	/		/		/	
19	Vuelta de 360 grados Pasos discontinuos	/		/		/	
20	Continuos	/		/		/	
21	Inestable (se tambalea, se agarra)	/		/		/	
22	Estable	/		/		/	
23	Sentarse Inseguro, calcula mal la distancia, cae en la silla	/		/		/	
24	Usa los brazos o el movimiento es brusco	/		/		/	
25	Seguro, movimiento suave	/		/		/	

Observaciones (precisar si hay suficiencia):..... *Se hay Suficiencia Académica*.....

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador Dr. Mg: *Rosa Vicenta Rodríguez Corcué*

DNI: *0 881 3435*

Especialidad del validador: *Doctora en Ciencias Públicas y Gobernabilidad*.....

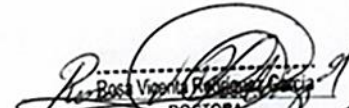
06 de *06* del 20*25*

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

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

³Claridad: 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


Rosa Vicenta Rodríguez Corcué
DOCTORA
Firma del Experto Informante

Nº	DIMENSIONES/ITEMS	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
	VARIABLE 1: DETERIORO COGNITIVO							
	Dimensión 1: Orientación Temporal	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1.	¿Cuál es la fecha de hoy? (1)	x						
2.	Dimensión 2: Orientación Espacial	x						
	¿Qué día de la semana?							
3.	¿En qué lugar estamos? (2)	x						
4.	Dimensión 3: Memoria autográfica y semántica							
	¿Cuál es su número de teléfono? (si no tiene teléfono)	X						
	¿Cuál es su dirección completa?)	X						
5.	¿Cuántos años tiene?	X						
6.	¿Dónde nació? (día/mes/año)	X						
7.	¿Cuál es el nombre del presidente?	X						
8.	¿Cuál es el nombre del presidente anterior?	x						
9.	¿Cuál es el nombre de soltera de su madre?	x						
10.	Dimensión 4: Atención y concentración.							
	Reste de tres en tres desde 29 (3)	x						

	VARIABLE 2: RIESGO DE CAÍDAS	X		X		X		
	DIMENSIÓN 1: Marcha	Si	No	Si	No	Si	No	
1	Iniciación de la marcha Algunas vacilaciones o múltiples para empezar	x						
2	No vacila	X						
3	Longitud y altura de paso (movimiento de pie derecho) No sobrepasa el pie izquierdo con el paso	X						
4	Sobrepasa el pie izquierdo	X						
5	El pie derecho no se separa completamente del suelo con el peso	X						
6	El pie derecho se separa completamente del suelo	x						
7	Movimiento de pie izquierdo No sobrepasa el pie derecho con el paso							
8	Sobrepasa el pie izquierdo	X						
9	El pie izquierdo no se separa completamente del suelo con el peso	X						
10	El pie izquierdo se separa completamente del suelo	X						
11	Simetría del paso La longitud de los pasos con los pies derecho e izquierdo no es igual	X						
12	La longitud parece igual	x						
13	Fluidéz del paso Paradas entre los pasos	x						
14	Los pasos parecen continuos	x						
15	Trayectoria Desviación grave de la trayectoria	x						
16	Leve/ moderada desviación o uso de ayudas para mantener la trayectoria	x						

17	Sin desviación o ayudas	x						
18	Tronco Balanceo marcado o uso ayudas	x						
19	No se balancea, pero flexiona las rodillas o la espalda o separa los brazos al caminar	x						
20	No se balancea, no se reflexiona, ni otras ayudas	x						
21	Postura al caminar Talonos separados	x						
22	Talonos casi juntos al caminar	x						
	DIMENSIÓN 2: Equilibrio	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1	Equilibrio sentado Se inclina o se desliza en la silla	x						
2	Se mantiene seguro	x						
3	Levantarse Imposible sin ayuda	x						
4	Capaz, pero usa los brazos para ayudarse	x						
5	Capaz de levantarse de un solo intento	x						
6	Intentos para levantarse Incapaz sin ayuda	x						
7	Capaz, pero necesita más de un intento	x						
8	Capaz de levantarse de un solo intento	x						
9	Equilibrio en bipedestación inmediata (los primeros 5 segundos) Inestable (se tambalea, mueve los pies) marcado balanceo del tronco	x						

10	Estable, pero usa el andador, bastón o se agarra u otro objeto para mantenerse	x						
11	Estable sin andador, bastón u otros soportes	x						
12	Equilibrio en bipedestación Inestable	x						
13	Estable, pero con apoyo amplio (talonos separados más de 10 cm) o usa bastón u otro soporte	x						
14	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	x						
15	Se tambalea, se agarra, pero se mantiene	x						
16	Estable	x						
17	Ojos cerrados Inestable	x						
18	Estable	x						
19	Vuelta de 360 grados Pasos discontinuos	x						
20	Continuos	x						
21	Inestable (se tambalea, se agarra)	x						
22	Estable	x						
23	Sentarse Inseguro, calcula mal la distancia, cae en la silla	x						
24	Usa los brazos o el movimiento es brusco	x						
25	Seguro, movimiento suave	x						

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Aplicable

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [x] Aplicable después de corregir []

No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Maria Victoria Uribe Alvarado

DNI: 07617831

Especialidad del validador: Mg. en Gestión y Docencia Universitaria

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

10 de octubre del 2025



Firma del Experto Informante

Anexo 4: Confiabilidad

Previo a la aplicación de los instrumentos de recolección de los datos, se realizó la prueba de confiabilidad a Escala Pfeiffer y la Escala Tinetti Para este análisis se aplicó software estadístico SPSS versión 27 para el coeficiente de alfa de Cronbach.

- Variable 1: Escala Pfeiffer

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	20	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	20	100,0

Nota: Elaboración propia

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,835	10

Nota: Elaboración propia

Se muestra un coeficiente de Alfa de Cronbach de 0.835, el cual evidencia una fuerte confiabilidad

- Variable 2: Escala de Tinetti.

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	20	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	20	100,0

Nota: Elaboración propia

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,810	20

Nota: Elaboración propia

Se muestra un coeficiente de Alfa de Cronbach de 0.810, el cual evidencia una fuerte confiabilidad.

Anexo 5: Prueba de Normalidad

Kolmogórov–Smirnov

		Deterioro cognitivo	Grado de caídas
N		80	80
Parámetros normales	Media	1,5250	2,5000
	Desv. Desviación	,82638	,69355
Máximas diferencias extremas	Absoluto	,305	,377
	Positivo	,208	,235
	Negativo	-,305	-,377
Estadístico de prueba		,305	,377
Sig. asintótica(bilateral)		,000	,000

Nota: Fuente propia

Los resultados correspondientes a la evaluación de la normalidad, realizada mediante la prueba de Kolmogórov–Smirnov, para las variables deterioro cognitivo y riesgo de caídas. El análisis evidenció niveles de significancia inferiores a 0,05 en ambos casos ($p = 0,000$), lo que permitió descartar el supuesto de normalidad en la distribución de los datos. En función de ello, el análisis inferencial se desarrolló empleando procedimientos estadísticos de naturaleza no paramétrica

Anexo 6: Aprobación del comité de ética



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Lima, 26 de noviembre del 2025.

Autor Responsable:

ELIZABETH MARGARITA JAZMIN GARCES HUAMANI

Exp. N°: 2904-2025

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica (CIEIC) de la Universidad Privada Norbert Wiener evaluó y APROBÓ el siguiente proyecto de investigación:

Proyecto Titulado: "Deterioro cognitivo y riesgo de caída en los adultos mayores del Centro Municipal Fisiocentro, Surquillo, 2025"

Versión Nro. 2, aprobada por el asesor en fecha 26/11/ 2025.

El cual tiene como Autor(es) a:

ELIZABETH MARGARITA JAZMIN GARCES HUAMANI

La APROBACIÓN otorgada comprende la verificación del cumplimiento de las buenas prácticas éticas, la adecuada evaluación del balance riesgo/beneficio, la idoneidad del equipo de investigación y la garantía de confidencialidad en el manejo de los datos, entre otros aspectos éticos y metodológicos pertinentes.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

- La aprobación otorgada por el CIEIC tiene una vigencia de veinticuatro (24) meses contados desde la fecha de emisión del presente documento. Esta vigencia es exclusiva para los procedimientos éticos revisados por el Comité y no sustituye ni aplica a los trámites administrativos ante la Oficina de Grados y Títulos.
- La constancia de aprobación por el CIEIC no garantiza la aceptación por parte de las instituciones en las que se planea realizar la investigación.
- En caso de requerir una enmienda, entendida como una modificación menor que no altera de manera sustantiva el proyecto aprobado, esta deberá ser presentada al CIEIC y no podrá ejecutarse sin su aprobación previa. Cualquier cambio sustantivo deberá tramitarse como proyecto nuevo ante el CIEIC.

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

Atentamente,



Mg. Angelica Karina Minaya Galarreta
Presidente
Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
Universidad Privada Norbert Wiener

Avenida Arequipa 440 / Teléfono: 939513820 (Atención: lunes a viernes de 8:00 a 16:30 horas.) / Correo: comite.etica@unwieneredu.pe

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

Lima, 14 octubre 2025

Sr (a): Yenny Loayza Peñaloza

Encargada del Centro Municipal Fisiocentro Surquillo

RUC. 20131372346

PRESENTE. -

ASUNTO: Autorizo aplicación del proyecto de Investigación.

Por medio de la presente es grato dirigirme a Ud. Para expresarle mi cordial saludo en nombre del Centro Municipal Fisiocentro - Surquillo, y así mismo informarle que el proyecto de Investigación para la obtención de grado de licenciado en tecnología médica en la especialidad de terapia física y rehabilitación, que tiene por título:

" DETERMINAR LA RELACIÓN ENTRE EL DETERIORO COGNITIVO Y RIESGO DE CAÍDA EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO MUNICIPAL FISIOCENTRO, SURQUILLO 2025".

Ha sido autorizado para la correspondiente aplicación de la muestra solicitada. Teniendo como investigador al Bach. Elizabeth Margarita Jazmín Garces Huamani.

Es propicia la ocasión para reiterarle las muestras de mi consideración y respeto.

Atentamente


Yenny Loayza Peñaloza
Encargada del Centro Municipal Fisiocentro






10% Similitud general

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

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 7%  Fuentes de Internet
- 3%  Publicaciones
- 5%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

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

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

Fuentes principales

- 7% Fuentes de Internet
- 3% Publicaciones
- 5% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

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

1	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2025-10-09	3%
2	Internet	1library.co	<1%
3	Internet	core.ac.uk	<1%
4	Trabajos entregados	Facultad de Psicología on 2025-09-26	<1%
5	Internet	www.coursehero.com	<1%
6	Trabajos entregados	Universidad Peruana Los Andes on 2020-11-10	<1%
7	Internet	alicia.concytec.gob.pe	<1%
8	Internet	renati.sunedu.gob.pe	<1%
9	Publicación	Sergio Espinoza-Parra, Fernando Molero, María J. Fuster-Ruizdeapodaca. " Transf...	<1%
10	Publicación	Solorzano Loayza, Ronald A. Altamirano Romero, Juan C. Quezada Torres, Juan...	<1%
11	Internet	revistas.ujat.mx	<1%