



Universidad  
Norbert Wiener

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA  
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CUIDADO ENFERMERO EN  
GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA**

**Trabajo Académico**

Calidad de vida y riesgo de caídas en el adulto mayor del servicio de medicina  
de un hospital público de Lima, 2025

**Para optar el Título de**  
Especialista en Cuidado Enfermero en Geriatria y Gerontología

**Presentado por:**

**Autora:** Vaca Fernández, Floricelda


**Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-9494-2813>

**Asesor:** Dr. Allpas Gomez, Henry Lowell

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-4026-4030>

**Lima – Perú**

**2025**

	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, Floricelda Vaca Fernández, egresado de la Facultad de Ciencias de la Salud y Escuela Académica Profesional de Enfermería, del programa **Segunda especialidad en Cuidado Enfermero en Geriatría y Gerontología**, de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico **“CALIDAD DE VIDA Y RIESGO DE CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR DEL SERVICIO DE MEDICINA DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE LIMA, 2025.”** Asesorado por el docente: Allpas Gómez Henry Lowell DNI: 42757976 ORCID ORCID 0000-0001-9145-3897, tiene un índice de similitud de (19) (diecinueve) % con código OID: ...14912:543074460..... 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  
 Floricelda Vaca Fernández  
 DNI: 43328890



.....  
 Firma  
 Nombres y apellidos del Asesor  
 Allpas Gómez Henry Lowell  
 DNI: 42757976

Lima, .....de..... de.....

	<b>DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN</b>	
	<b>CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033</b>	<b>VERSIÓN: 01</b> 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.

\_\_\_\_\_ El presente trabajo presenta un reporte de similitud del 19% según el software Turnitin, de los cuales el 7% corresponde a datos primarios. Este porcentaje supera el umbral permitido del 4%; sin embargo, se justifica metodológicamente debido a que dicha coincidencia se encuentra en los títulos del esquema del proyecto de investigación, tales como el planteamiento del problema, los objetivos, la hipótesis y otros elementos estructurales que, por su naturaleza técnica y académica, tienden a coincidir con trabajos similares.

**DEDICATORIA:**

Dedico con todo mi corazón a mis padres, que son mi motor principal, que impulsaron mi crecimiento, y fueron mi apoyo constante durante este proceso, y motivación para cada día continuar.

**AGRADECIMIENTO:**

A Dios: Por brindarme salud y la fortaleza  
Para alcanzar uno de mis objetivos propuestos.

A la Universidad Norbert Wiener: Gracias por haberme  
permitido formarme en ella, brindarme conocimientos  
para mi vida profesional.

## **Resumen**

La investigación propuesta se orienta a examinar la relación entre la percepción de calidad de vida y el riesgo de caídas en adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina de un hospital público de Lima durante el año 2025. El estudio adoptará un enfoque cuantitativo con diseño no experimental, de carácter correlacional y corte transversal. La muestra estará constituida por 120 participantes seleccionados mediante un muestreo aleatorio simple. Para la recolección de datos se utilizarán dos instrumentos: el cuestionario WHOQOL-BREF, que permite valorar distintos dominios de la calidad de vida, y la Escala de Tinetti, empleada para estimar el nivel de riesgo de caídas. El análisis estadístico se efectuará mediante el coeficiente de correlación Rho de Spearman. La hipótesis establece la presencia de una asociación negativa y estadísticamente significativa, en la que una mayor percepción de calidad de vida se relaciona con un riesgo reducido de caídas. Se espera que los hallazgos generen evidencia científica aplicable al diseño de estrategias de enfermería que promuevan la seguridad y mejoren el bienestar de la población geriátrica en el ámbito hospitalario.

**Palabras clave:** calidad de vida, riesgo de caídas, adulto mayor, seguridad del paciente, enfermería geriátrica.

**Abstract**

The proposed research aims to examine the relationship between perceived quality of life and the risk of falls in older adults hospitalized in the medical ward of a public hospital in Lima during 2025. The study will adopt a quantitative approach with a non-experimental design, correlational scope, and cross-sectional cut. The sample will consist of 120 participants selected through simple random sampling. Data collection will be carried out using two instruments: the WHOQOL-BREF questionnaire, designed to assess different domains of quality of life, and the Tinetti Scale, applied to estimate the level of fall risk. Statistical analysis will be conducted using Spearman's Rho correlation coefficient. The hypothesis posits the existence of a negative and statistically significant association, in which a higher perception of quality of life is related to a reduced risk of falls. The expected findings are intended to provide scientific evidence applicable to the design of nursing interventions aimed at enhancing safety and improving the well-being of the geriatric population in the hospital setting.

**Keywords:** quality of life, fall risk, older adult, patient safety, geriatric nursing.

**ÍNDICE****Pág.**

Dedicatoria .....	i
Agradecimiento .....	ii
Índice .....	iii
.	
Resumen.....	v
Abstract .....	vi
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA</b>	
1.1. Planteamiento del problema .....	7
1.2. Formulación del Problema .....	10
1.2.1. Problema General .....	10
1.2.2. Problemas Específicos.....	10
1.3. Objetivos de la investigación.....	10
1.3.1. Objetivo General .....	10
1.3.2. Objetivos específicos.....	11
1.4. Justificación de la investigación .....	11
1.4.1. Teórica.....	11
1.4.2. Metodológica.....	12
1.4.3. Práctica .....	12
1.5. Delimitación de la investigación .....	13
1.5.1. Delimitación temporal .....	13
1.5.2. Delimitación espacial .....	13
1.5.3. Población o unidad de análisis.....	13
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b> .....	
2.1. Antecedentes internacionales.....	14
2.2. Antecedentes nacionales .....	21
2.3. Bases teóricas .....	24
2.3.1. Calidad de vida.....	24
2.3.2. Riesgo de caídas .....	25
2.4. Formulación de hipótesis.....	26
2.4.1. Hipótesis general .....	27

2.4.2. Hipótesis específicas .....	27
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....</b>	<b>28</b>
3.1. Método de investigación.....	28
3.2. Enfoque de la investigación.....	29
3.3. Tipo de la investigación.....	29
3.4. Diseño de la investigación.....	29
3.5. Población, muestra y muestreo.....	30
3.5.1. Población.....	30
3.5.2. Muestra.....	30
3.5.3. Muestreo.....	30
3.6. Criterios de selección .....	31
3.6.1. Criterios de inclusión .....	31
3.6.2. Criterios de exclusión .....	31
3.7. Variables y operacionalización .....	32
3.8. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	34
3.8.1. Técnica .....	34
3.8.2. Descripción de instrumentos .....	34
3.9. Plan de procesamiento y análisis de datos.....	36
3.10. Aspectos éticos .....	37
<b>CAPÍTULO IV: ASPECTOS ADMINISTRATIVOS .....</b>	<b>38</b>
4.1. Cronograma de actividades .....	38
4.2. Presupuesto.....	39
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>46</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>47</b>
Anexo 1: Matriz de consistencia .....	48
Anexo 2: Instrumentos .....	50

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

### **1.1. Planteamiento del problema**

El aumento de la población adulto mayor es considerado como uno de los fenómenos demográficos más importantes del siglo XXI, impulsado por los avances en salud pública, la mejora en la nutrición y el acceso a servicios médicos. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2020 la cantidad de individuos de 60 años o más superó por primera vez a la población infantil menor de 5 años, alcanzando cerca de mil millones. Las proyecciones señalan que, hacia 2030, una de cada seis personas en el mundo pertenecerá a este grupo etario, lo que equivaldrá aproximadamente a 1.400 millones, y que en 2050 esta cifra se duplicará, llegando a 2.100 millones. Este incremento será particularmente pronunciado en ciertos países de accesos mínimos y medios, donde se concentrará alrededor del 80% de la población mayor (1). Esta transformación poblacional supone un reto considerable para los sistemas de salud, dado que este sector presenta una elevada carga de enfermedades crónicas y síndromes geriátricos, entre ellos la fragilidad y las caídas, influye de forma crucial en el bienestar y el mantenimiento de la autonomía funcional.

Las caídas en adultos mayores hospitalizados constituyen un tema de salud comunitaria con un gran efecto por causa de su elevada frecuencia y las complicaciones clínicas que generan. La evidencia señala que cada año más del 25% de los ancianos experimentan una caída anual, con una incidencia hospitalaria estimada entre el 30% y el 50%, de las cuales aproximadamente el 10% produce lesiones graves (2, 3). Estos eventos incrementan la morbimortalidad, al ocasionar fracturas, traumatismos craneoencefálicos, estancias hospitalarias prolongadas y mayor dependencia funcional. Una revisión narrativa resalta, por ejemplo, que antecedentes de accidente cerebrovascular y la disminución en la velocidad de

la marcha constituyen factores asociados a un mayor riesgo de caídas en el ámbito hospitalario (4). A nivel económico, las repercusiones son también relevantes: en Estados Unidos, el costo anual de las caídas no fatales en adultos mayores alcanzó los 80.000 millones de dólares en 2020, representando entre el 0,85 % y el 1,5 % del gasto sanitario total, debido principalmente a hospitalizaciones, rehabilitación y cuidados de largo plazo (5, 6). En concordancia, diversos estudios internacionales, incluidos metaanálisis recientes, subrayan la necesidad de implementar estrategias de prevención multifactoriales para mitigar estos efectos adversos (7, 8).

En Perú, el envejecimiento poblacional sigue una tendencia ascendente. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el año 2023 las personas adultas de 60 años o más representaban cerca del 13 % de la población nacional, con proyecciones que estiman un aumento superior al 20 % hacia el año 2050, impulsado por la transición demográfica y la mayor expectativa de vida (9). En este contexto, las caídas en adultos mayores hospitalizados representan un desafío creciente: investigaciones locales han reportado una prevalencia del 30,5 % para caídas únicas y del 14 % para caídas recurrentes en cohortes de más de mil pacientes (10).

La carga epidemiológica de las caídas en la población geriátrica peruana se ha mantenido elevada en las últimas décadas. En 1992, estudios realizados en hospitales nacionales documentaron que el 67,6 % de los adultos mayores hospitalizados presentaba caídas durante su estancia intrahospitalaria (11). Posteriormente, en 2014, investigaciones en centros especializados de Lima señalaron que el 54,7 % de los adultos mayores evaluados tenía alto riesgo de caídas, de los cuales el 36,7 % se relacionaba a deterioro cognitivo (12). Más recientemente, estudios en comunidades altoandinas evidenciaron una prevalencia anual

de caídas del 64,1 %, cifra que duplica la reportada en otros países (13). Estos resultados reflejan la magnitud y persistencia del problema en distintos entornos geográficos y asistenciales del país. Frente a ello, el Ministerio de Salud (MINSA) ha promovido políticas de seguridad del paciente, entre ellas la Guía Clínica para el Diagnóstico y Manejo del Síndrome de Caídas en el Adulto Mayor (14), la cual fomenta la evaluación sistemática del riesgo y la adopción de medidas preventivas en hospitales públicos, con el objetivo de reducir la frecuencia y mejorar la calidad del cuidado.

En un hospital público de referencia del MINSA en Lima, con más de 97 años de funcionamiento y atención altamente especializada, la situación refleja la problemática nacional. Datos reportados en 2021 muestran que, en el servicio de medicina, los adultos mayores presentaban un riesgo elevado de caídas, estrechamente relacionado con una disminución de la capacidad funcional evaluada mediante el Test de Tinetti y el Short Physical Performance Battery (SPPB). En términos específicos, el 46,67 % de los pacientes hospitalizados se encontraba en riesgo de caídas, mientras que el 53,33 % no presentaba dicho riesgo. Asimismo, un 20 % de los evaluados evidenció capacidad funcional deficiente, el 46,67 % regular y solo el 33,33 % óptima. Estos resultados revelan una proporción considerable de pacientes en situación de vulnerabilidad, lo que resalta la necesidad de intervenciones preventivas focalizadas en este grupo poblacional. (15).

Al tratarse de un centro de alta complejidad que atiende principalmente a una población vulnerable y de bajos recursos, este hospital público de Lima constituye un escenario prioritario para la investigación. El servicio de medicina recibe un elevado volumen de adultos mayores con múltiples comorbilidades crónicas, en quienes las caídas se presentan de manera recurrente (16). En este contexto, la investigación en prevención de caídas se torna

esencial, no únicamente para elevar la calidad de vida de los pacientes geriátricos, sino también para reducir la duración de las hospitalizaciones y optimizar los recursos institucionales, en consonancia con los lineamientos nacionales en materia de seguridad del paciente.

## **1.2. Formulación del Problema**

### **1.2.1. Problema General**

- ¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y riesgo de caídas en el adulto mayor en el servicio de medicina de un hospital público de Lima, 2025?

### **1.2.2. Problemas Específicos**

- ¿Cuál es la relación entre la dimensión física de la calidad de vida y riesgo de caídas en adultos mayores en el servicio de medicina?
- ¿Cuál es la relación entre la dimensión psicológica de la calidad de vida y riesgo de caídas en adultos mayores en el servicio de medicina?
- ¿Cuál es la relación entre la dimensión de relaciones sociales de la calidad de vida y riesgo de caídas en adultos mayores en el servicio de medicina?
- ¿Cuál es la relación entre la dimensión de medio ambiente de la calidad de vida y riesgo de caídas en adultos mayores en el servicio de medicina?

## **1.3. Objetivos de la investigación**

### **1.3.1. Objetivo General**

- Determinar la relación entre la calidad de vida y riesgo de caídas en el adulto mayor

En el servicio de medicina de un hospital público de Lima, 2025.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

- Identificar la relación entre la dimensión física de la calidad de vida y riesgo de caídas en adultos mayores en el servicio de medicina.
- Determinar la relación entre la dimensión psicológica de la calidad de vida y riesgo de caídas en adultos mayores en el servicio de medicina.
- Establecer la relación entre la dimensión de relaciones sociales de la calidad de vida y riesgo de caídas en adultos mayores en el servicio de medicina.
- Describir la relación entre la dimensión de medio ambiente de la calidad de vida y riesgo de caídas en adultos mayores en el servicio de medicina.

### **1.4. Justificación de la investigación**

#### **1.4.1. Teórica**

Desde un enfoque teórico, este estudio representa un aporte sustantivo para el desarrollo de las teorías de enfermería orientadas al cuidado integral del adulto mayor, al examinar la interrelación entre los síndromes geriátricos particularmente el síndrome de caídas y el bienestar en contextos hospitalarios. El abordaje de calidad de vida desde sus dimensiones física, psicológica, social y ambiental permitirá robustecer los modelos conceptuales aplicados a poblaciones en situación de vulnerabilidad, en concordancia con las directrices de la Organización Mundial de la Salud, que enfatizan la autonomía y el bienestar en escenarios de envejecimiento poblacional acelerado. De igual forma, el estudio contribuirá al fortalecimiento de los marcos conceptuales de seguridad del paciente, en sintonía con las disposiciones nacionales, como La guía de Práctica Clínica para la Evaluación y Manejo del Síndrome de Caídas en el Adulto Mayor del Ministerio de Salud, mediante la generación

de evidencia empírica sobre los factores de riesgo identificados en hospitales peruanos. Este sustento teórico posibilitará una visión más clara de cómo las comorbilidades crónicas y la fragilidad en los niveles de morbimortalidad, promoviendo la consolidación de enfoques preventivos multifactoriales en el campo de la geriatría y la salud pública.

#### **1.4.2. Metodológica**

En el ámbito metodológico, en la investigación se basa en la adopción de un diseño descriptivo, cuantitativo y correlacional, idóneo para examinar con rigor la relación entre variables y asegurar su replicabilidad en otros contextos hospitalarios del país. Esta estrategia posibilita la obtención de datos empíricos sobre prevalencias locales como las documentadas en hospitales públicos de Lima y su vinculación con las diversas dimensiones de la calidad de vida. A partir de ello, se promueve la elaboración de protocolos estandarizados que fortalecen el marco metodológico disponible para investigaciones en regiones con envejecimiento poblacional acelerado, donde la prevalencia de caídas puede alcanzar hasta el 64,1 %.

#### **1.4.3. Práctica**

En el área práctica aplicado, los hallazgos de este estudio constituirán una herramienta fundamental para que el personal de enfermería y el equipo multidisciplinario del hospital público de Lima desarrollen y optimicen protocolos de prevención de caídas, fortaleciendo la protección integral de los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina. La identificación de correlaciones entre dimensiones de la calidad

de vida y factores de riesgo específicos permitirá implementar intervenciones de enfermería basadas en la evidencia, dirigidas a reducir la incidencia de caídas —estimada en 30,5 % para episodios aislados y 14 % para eventos recurrentes en población peruana—, así como a mitigar complicaciones asociadas, entre ellas fracturas, incremento de la dependencia funcional, hospitalizaciones prolongadas y sobrecarga económica, que en contextos internacionales superan los 80.000 millones de dólares anuales. De esta manera, se optimizará la gestión de recursos en un hospital de referencia que atiende a poblaciones con bajos ingresos y alta prevalencia de comorbilidades crónicas, en coherencia con los lineamientos nacionales de seguridad del paciente. Este aporte favorecerá no solo la constante optimización de los cuidados de enfermería, sino también la reducción de la estancia hospitalaria y la promoción de la autonomía y autocuidado en la población geriátrica.

## **1.5. Delimitación de la investigación**

### **1.5.1. Delimitación temporal**

La investigación se desarrollará en el intervalo que abarca desde enero hasta diciembre del año 2025.

### **1.5.2. Delimitación espacial**

El estudio se realizará exclusivamente en el servicio de medicina de un hospital público de Lima.

### **1.5.3. Población o unidad de análisis**

El sondeo se centrará en pacientes adultos mayores del servicio de medicina, excluyendo a aquellos con deterioro cognitivo severo que no puedan responder los cuestionario

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Antecedentes internacionales**

Cortés et al. (17) llevaron una revisión sistemática y metaanálisis para explorar el impacto del uso de sensores para la prevención de caídas en adultos y población adulta mayor hospitalizada. Exploraron literatura basada en ensayos clínicos en español, inglés y portugués, evaluando el impacto de dispositivos utilizados para la prevención de caídas hospitalarias. Incluyeron 3 ensayos clínicos controlados aleatorizados con 29 691 pacientes. Los resultados mostraron que 351 (3%) pacientes cayeron entre 11 769 pacientes asignados al grupo de intervención, comparado con 426 (2.4 %) pacientes que cayeron entre 17 922 pacientes asignados al grupo control (estimación general RR 1.20, IC 95% 1.04, 1.37,  $p = 0.02$ ). Los autores concluyen que sus resultados muestran un aumento de 19 % en caídas entre pacientes adultos mayores usuarios de sensores ubicados en su cama, silla de cama o silla durante sus hospitalizaciones.

Bally et al.(18) realizaron una investigación transversal con el objetivo de identificar factores asociados a caídas en adultos mayores hospitalizados y en la comunidad. Utilizaron datos basales de una cohorte prospectiva con 113 participantes hospitalizados, aplicando regresión logística multivariada para evaluar variables sociodemográficas y factores de riesgo como multimorbilidad, fragilidad y soledad. Los resultados revelaron que la soledad se asociaba con un odds ratio (OR) de 3.04 para caídas en hospitalizados, mientras que en la comunidad destacaban el sexo femenino (OR = 1.57) y el riesgo de malnutrición (OR = 3.05). Los autores concluyen que los programas de prevención deben adaptarse a subpoblaciones vulnerables, como adultos mayores hospitalizados solitarios.

Chen et al. (4) realizaron un estudio transversal para investigar factores de riesgo de caídas en adultos mayores hospitalizados en China. Emplearon muestreo por conveniencia con 112 participantes, agrupados por riesgo de caídas según la escala Johns Hopkins, y

analizaron variables clínicas mediante regresión lineal multivariada. Los hallazgos indicaron que el historial de accidente cerebrovascular ( $B = 2.66$ ) y la baja velocidad de marcha ( $B = -4.78$ ) se asociaban significativamente con mayor riesgo. Concluyen que estos factores pueden guiar estrategias de prevención en poblaciones hospitalizadas.

Davey et al. (19) efectuaron una revisión sistemática para evaluar la efectividad de intervenciones en la reducción de caídas en pacientes frágiles con demencia hospitalizados. Buscaron en bases como MEDLINE y Embase estudios desde 2013, incluyendo diseños experimentales y observacionales, con evaluación de sesgo mediante la herramienta Cochrane. Solo un estudio cumplió criterios, mostrando reducción en tasas de caídas (de 10.6 a 7.4 por 1000 días-cama) con rondas interdisciplinarias estructuradas. Concluyen que enfoques multifacéticos, como educación del personal y ajustes ambientales, son prometedores, pero se requieren más investigaciones.

Machado-Duque et al. (20) desarrollaron un estudio de casos y controles para determinar asociaciones entre fármacos que aumentan el riesgo de caídas (FRIDs) y caídas en adultos mayores hospitalizados en Colombia. Incluyeron 250 casos y 1000 controles emparejados, evaluando variables farmacológicas y el puntaje de riesgo anticolinérgico (ARS) mediante regresión logística condicional. Los resultados mostraron que un  $ARS \geq 3$  incrementaba la probabilidad de caídas ( $OR$  ajustado = 2.34), junto con polifarmacia y medicamentos como bloqueadores de canales de calcio. Concluyen que existe una asociación entre caídas y FRIDs, y recomiendan revisión farmacológica en hospitalizados.

Mao et al. (21) llevaron a cabo una revisión sistemática y meta-análisis para evaluar modelos de predicción de riesgo de caídas en adultos mayores hospitalizados. Buscaron en bases como PubMed y Cochrane hasta 2024, incluyendo 13 estudios con extracción de datos

según CHARMS y evaluación de sesgo con PROBAST. Los modelos mostraron discriminación moderada (AUC de 0.630 a 0.851), con predictores comunes como movilidad y historial de caídas, pero alto sesgo en todos los estudios. Concluyen que se necesitan diseños prospectivos y validaciones externas para mejorar la predicción.

González-Quintero et al. (22) en Colombia, llevaron a cabo una investigación de tipo descriptivo y transversal orientada a explorar la calidad de vida vinculada con la salud en adultos mayores de la comunidad, considerando su nivel de riesgo de presentar caídas. Para determinar dicho riesgo se aplicaron pruebas funcionales como la Escala de Equilibrio de Berg y el Timed Up and Go en modalidad cognitiva. La percepción de la calidad de vida se indagó mediante entrevistas virtuales, utilizando como instrumento el cuestionario WHOQOL-OLD. La cohorte estuvo constituida por 35 participantes con una media de edad de  $70 \pm 6$  años, de los cuales el 17,1% fue clasificado con riesgo elevado de caídas y el 82,9% con riesgo bajo. El análisis estadístico reveló diferencias significativas en los dominios de autonomía ( $p = 0,04$ ) y percepción de la muerte ( $p = 0,02$ ). Los resultados sugieren que la calidad de vida percibida en esta población se encuentra influenciada por factores como el soporte familiar, la capacidad de mantener independencia funcional y el estado general de salud.

Márquez et al. (23) llevaron a cabo un proyecto experimental con grupo control y asignación aleatoria, cuyo objetivo fue evaluar la efectividad del programa de entrenamiento Otago en la mejora del equilibrio y la disminución del riesgo de caídas en adultos mayores. Para la valoración se emplearon la escala de Downton, la prueba de Tinetti y el test Timed Up and Go, aplicados a 25 participantes en cada grupo de estudio. Los hallazgos mostraron que, tras la intervención con el programa Otago, 8 sujetos (32,0%) se encontraban en riesgo

alto según la escala de Downton en la medición inicial, mientras que al finalizar, 21 (84,0%) se clasificaron en riesgo bajo y ninguno en riesgo alto ( $p < 0,01$ ). De manera similar, con la prueba de Tinetti se identificó 7 (28,0%) en riesgo elevado al inicio y 0% al final de la intervención ( $p < 0,001$ ). Con base en estos resultados, los autores concluyen que el entrenamiento Otago demuestra una eficacia significativa para optimizar el equilibrio y la marcha, así como para disminuir la dependencia funcional en la población adulta mayor.

Cai et al. (24) condujeron un estudio prospectivo observacional en pacientes adultos mayores de 80 años hospitalizados para comparar las propiedades discriminativas de 5 herramientas de evaluación de riesgo de caídas. Realizaron evaluaciones geriátricas integrales que incluían evaluaciones de riesgo de caídas en 82 pacientes adultos mayores hospitalizados. Los resultados mostraron una incidencia de caídas de 27.6 por 1000 días-paciente. Las puntuaciones de evaluación de la Escala Nacional de Caídas de la Comisión de Salud, Escala de Morse, Escala de Equilibrio de Berg e Índice de Barthel revelaron que los que cayeron tenían un riesgo significativamente mayor comparado con los que no cayeron. Los autores concluyen que la Escala de Morse mostró la mejor consistencia entre puntuación y ocurrencia de caídas ( $kappa = 0.461$ ,  $p = 0.001$ ), con una descendencia de curva ROC de 0.813.

Carvalho et al. (25) desarrollaron un estudio transversal para analizar seguridad hospitalaria y riesgo de caídas en adultos mayores en un hospital universitario de Brasil. Incluyeron 45 pacientes, usando la escala Morse y checklists ambientales, con análisis de Chi-cuadrado y regresión múltiple. Predominó riesgo moderado (51.1%), asociado a edad ( $p = 0.024$ ), con inadecuaciones en instalaciones como timbres y barras de apoyo. Concluyen que se necesitan intervenciones ambientales para reducir riesgos.

Reyes-Ortiz et al. (26) realizaron un análisis transversal para estimar prevalencia y factores de riesgo de caídas médicas en adultos mayores en ciudades latinoamericanas. Usaron datos de estudios SABE ( $n = 12,487$ ), con regresión logística multivariada ponderada. La prevalencia varió de 6.0% a 11.3%, con factores como incontinencia urinaria ( $OR = 1.51$ ) y limitaciones en actividades diarias ( $OR = 1.48$ ). Concluyen que factores modificables como depresión y salud percibida pobre pueden reducir riesgos regionales.

Morris et al. (27) llevaron a cabo una revisión sistemática con metaanálisis orientada a evaluar la efectividad de diversas intervenciones en la prevención de caídas dentro del ámbito hospitalario, tanto en la reducción de las tasas de incidencia como en la disminución del riesgo de caer. Se analizaron 43 estudios que cumplían con los criterios de inclusión para la revisión y, de ellos, 23 fueron considerados en el metaanálisis. Entre las estrategias preventivas identificadas se incluyeron programas educativos dirigidos a personal y pacientes, modificaciones del entorno hospitalario, utilización de dispositivos de apoyo, implementación de políticas y sistemas de seguridad, programas de rehabilitación, optimización del tratamiento farmacológico y abordaje del deterioro cognitivo. Los resultados evidenciaron que la intervención con impacto estadísticamente significativo fue la educación, la cual se asoció con una reducción en la tasa de caídas ( $RaR = 0,70 [0,51-0,96]$ ,  $p = 0,03$ ) y en la probabilidad de ocurrencia de caídas ( $OR = 0,62 [0,47-0,83]$ ,  $p = 0,001$ ). Los autores finalizan su investigación indicando que las estrategias educativas dirigidas a pacientes y personal sanitario representan una medida efectiva para disminuir las caídas hospitalarias, mientras que las intervenciones de carácter multifactorial mostraron una tendencia positiva aunque sin alcanzar significación estadística en todos los casos.

Guirguis-Blake et al. (28) realizaron una revisión sistemática de evidencia para actualizar recomendaciones sobre intervenciones para prevenir caídas en adultos mayores. Incluyeron 83 ensayos clínicos aleatorizados ( $n = 48,839$ ) publicados entre 2016 y 2023, con meta-análisis de efectos aleatorios. Las intervenciones multifactoriales redujeron caídas (IRR = 0.84), y el ejercicio mostró beneficios consistentes en caídas (IRR = 0.85) y caídas lesivas (IRR = 0.84). Concluyen que el ejercicio ofrece el beneficio más consistente, con daños menores como síntomas musculoesqueléticos.

Orts-Cortés et al. (29) llevaron a cabo una revisión sistemática con metaanálisis cuyo objetivo fue determinar la eficacia de los programas de prevención de caídas en personas de 65 años o más, en los cuales participaron profesionales de enfermería como parte de la intervención. Se incluyeron 31 ensayos clínicos aleatorizados que en conjunto abarcaron a 25,551 participantes. Las intervenciones más utilizadas correspondieron a programas educativos (57,1%), seguidos por modelos de abordaje multifactorial (37,1%). El análisis evidenció que, en comparación con los grupos control, los grupos de intervención lograron una disminución significativa del 13% en la probabilidad de caídas (RR = 0,87). Asimismo, los programas multifactoriales (RR = 0,89) y las intervenciones educativas (RR = 0,84) mostraron reducciones significativas en el riesgo de caer, del 11% y 16% respectivamente. En conclusión, los autores señalan que los programas de prevención implementados por personal de enfermería permiten alcanzar una reducción global cercana al 10% en la incidencia de caídas en adultos mayores.

Marca y Orellana (30) efectuaron una investigación cuantitativa con enfoque descriptivo y diseño transversal, orientada a evaluar el nivel de conocimiento del personal de enfermería acerca de la prevención de caídas en pacientes hospitalizados. El estudio incluyó

a 110 profesionales que trabajaban en un hospital de segundo nivel de la ciudad de Machala. Para la obtención de la información se utilizó un cuestionario previamente validado, cuya confiabilidad se verificó mediante el coeficiente alfa de Cronbach, alcanzando un valor de 0,788. Los resultados evidenciaron que la mayoría del personal de enfermería posee un conocimiento adecuado sobre prevención de caídas, y que las estrategias preventivas son aplicadas con alta frecuencia: el 68,91% manifestó implementarlas de manera constante, el 29,90% de forma intermitente y solo el 1,19% refirió no aplicarlas. En conclusión, los autores destacan que el dominio conceptual y práctico del personal de enfermería en esta temática resulta determinante para asegurar cuidados hospitalarios de calidad y fortalecer la seguridad del paciente.

## **2.2. Antecedentes nacionales**

Arcelles y Fernández (31) llevaron a cabo una investigación de diseño transversal con enfoque correlacional en la ciudad de Tacna, Perú, cuyo propósito fue analizar la asociación existente entre el nivel de capacidad funcional y la probabilidad de presentar caídas en la población adulta mayor. La muestra, obtenida mediante muestreo probabilístico simple, estuvo conformada por 295 participantes. Se aplicaron las escalas de Lawton-Brody y Tinetti, analizándose los datos con la correlación de Spearman. Los resultados evidenciaron una correlación positiva moderada ( $\rho = 0,459$ ;  $p = 0,000$ ) entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas, siendo la edad un factor determinante. Los autores concluyeron que los déficits en la funcionalidad incrementan el riesgo, recomendando intervenciones orientadas a promover la independencia.

Gonzales (32) llevó a cabo una investigación de tipo correlacional bajo el diseño de casos y controles en una institución geriátrica de la ciudad de Lima, Perú, utilizando como población de estudio a 60 residentes. Se aplicaron cuestionarios estructurados y la prueba Chi-cuadrado para identificar factores de riesgo asociados a caídas. Los hallazgos señalaron asociación significativa con edad  $\geq 75$  años ( $p = 0,001$ ), polifarmacia ( $p = 0,014$ ) y uso de calzado inadecuado ( $p = 0,008$ ), reportándose caídas en el 46,7 % de los adultos mayores. El estudio concluye que los factores intrínsecos y extrínsecos de carácter multifactorial requieren estrategias preventivas tanto ambientales como farmacológicas.

Herrera y Bringas (33) desarrollaron un estudio retrospectivo de casos y controles en un servicio de geriatría de Lima, Perú, con 174 participantes en una proporción 1:2. Se utilizaron cuestionarios y análisis de regresión logística, identificándose como factores protectores un menor tiempo en la prueba "Get Up and Go" ( $OR = 0,93$ ) y mayor fuerza en miembros inferiores. Los autores concluyeron que el fortalecimiento de la marcha, el equilibrio y la fuerza muscular contribuye a reducir la ocurrencia de caídas, recomendando la implementación de intervenciones físicas.

Mera (34) realizó un estudio de tipo cuantitativo con diseño no experimental, descriptivo-correlacional y corte transversal, en adultos mayores hospitalizados en los servicios de Medicina y Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. La muestra estuvo constituida por 156 pacientes de 60 años o más. Para la evaluación se emplearon la escala de J.H. Downton, orientada a estimar el riesgo de caídas, y el índice de Barthel, destinado a medir el grado de capacidad funcional. Los hallazgos revelaron que el 98,1% de los participantes presentaba un nivel elevado de riesgo de caídas, mientras que el 1,9% mostró un riesgo bajo. En relación con la funcionalidad, se identificó

que el 56,4% presentaba dependencia severa, el 28,8% dependencia moderada, el 10,9% dependencia total y el 3,8% dependencia leve. El estudio concluye que la elevada probabilidad de caídas se vincula principalmente con grados de dependencia moderada y severa, observándose una mayor prevalencia en el sexo masculino.

Casahuaman-Orellana et al. (35) desarrollaron un estudio retrospectivo analítico en once comunidades altoandinas (2013-2017), con una muestra de 411 adultos mayores (65,94 % mujeres y 65,45 % residentes en áreas rurales). Se investigó la relación entre síndrome de caídas y sintomatología depresiva. Los resultados mostraron que el 35,23 % de las caídas ocurrió en consumidores de alcohol; además, los adultos mayores con caídas recurrentes presentaron menor rendimiento físico y funcional, y el 48,48 % de ellos evidenció síntomas depresivos. Se concluyó que la presencia de sintomatología depresiva incrementa 1,62 veces la probabilidad de sufrir caídas en la vida cotidiana.

Valencia del Aguila (36) desarrolló una investigación con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo-documental, diseño transversal y carácter retrospectivo, realizada en el Hospital San José del Callao, que incluyó a 393 pacientes hospitalizados a causa de caídas. Se halló mayor prevalencia en mujeres (62 %), en el grupo de 60 a 74 años (62,1 %), que vivían acompañados (67,4 %) y sin antecedentes patológicos (57,3 %). La mayoría de caídas ocurrió en el domicilio (68,4 %), entre lunes y viernes (72,8 %), en horario matutino (38,4 %), siendo en su mayoría la primera caída (98,7 %). Las lesiones más frecuentes fueron contusiones (26 %), heridas (25,5 %) y fracturas (23,5 %). La autora concluyó que las caídas en adultos mayores predominan en mujeres, ocurren principalmente en el hogar, en horario de mañana y suelen corresponder al primer evento.

### **2.3. Bases teóricas**

Los fundamentos teóricos de esta investigación se orientan a las variables centrales: calidad de vida y riesgo de caídas. Dichas variables se desarrollan de forma sistemática, incorporando definiciones conceptuales, modelos teóricos y enfoques de medición respaldados en la literatura científica contemporánea. El análisis destaca su pertinencia en adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina, considerando tanto la evidencia nacional como internacional.

#### **2.3.1. Calidad de vida**

La calidad de vida se concibe como la evaluación personal que un individuo tiene sobre su vida, teniendo en cuenta el entorno cultural y los valores que le rodean, así como sus metas, aspiraciones, parámetros de referencia y preocupaciones (37). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), este concepto posee un carácter multidimensional, influenciado por componentes físicos, psicológicos y sociales, lo que adquiere particular importancia en la población adulta mayor hospitalizada, en la cual las patologías crónicas y las restricciones funcionales afectan de manera directa su autonomía y bienestar (38). Dentro de los marcos conceptuales más relevantes destaca el propuesto por la OMS, que plantea la calidad de vida como una construcción integral conformada por dimensiones físicas, emocionales y sociales, en sintonía con la noción de salud entendida como un estado de completo bienestar (37).

Dicho modelo se operacionaliza mediante instrumentos estandarizados como el WHOQOL-100 y su versión abreviada, el WHOQOL-BREF, diseñados para evaluar percepciones individuales en diferentes contextos culturales (37). En el campo geriátrico,

este enfoque se complementa con el modelo de Wilson y Cleary (39), que establece una relación entre calidad de vida, síntomas biológicos, funcionamiento y percepciones generales, siendo particularmente aplicable en contextos de hospitalización donde las caídas y las comorbilidades afectan la salud percibida (40).

De acuerdo con el modelo de la OMS, la calidad de vida se estructura en cuatro dominios principales: físico (estado de salud, dolor, energía y movilidad), psicológico (autoestima, emociones positivas, concentración y estabilidad emocional), social (relaciones interpersonales y redes de apoyo) y ambiental (seguridad, condiciones del entorno, acceso a servicios y actividades recreativas) (37). Estos dominios se evalúan a través del WHOQOL-BREF, cuestionario de 26 ítems que emplea una escala Likert de 5 puntos e incluye dos preguntas generales sobre calidad de vida global y salud percibida (37). Su relevancia en adultos mayores hospitalizados radica en su capacidad para identificar los efectos multifactoriales de la hospitalización como el dolor persistente y el aislamiento social, lo cual permite diseñar intervenciones de enfermería orientadas a la prevención y promoción del bienestar (41).

### **2.3.2. Riesgo de caídas**

En el adulto mayor hospitalizado, una caída se conceptualiza como un acontecimiento no intencional que provoca que la persona termine en el suelo, en el pavimento o en un nivel inferior, excluyendo aquellos casos que ocurren de manera deliberada o como consecuencia de una fuerza externa considerable (42). Esta definición, empleada por los CDC y concordante con los lineamientos de la OMS, resalta el carácter involuntario y multifactorial

de este fenómeno, que constituye la segunda causa de mortalidad a nivel mundial por lesiones no intencionales, afectando principalmente a personas mayores de 60 años (43). En Perú, el Ministerio de Salud (MINSA) la conceptualiza como un síndrome geriátrico prevenible, asociado a fragilidad y comorbilidades (14).

Los principales factores de riesgo de caídas en adultos mayores se clasifican en intrínsecos y extrínsecos. Los intrínsecos incluyen debilidad muscular, deterioro del equilibrio, polifarmacia, problemas visuales, historial de caídas previas y condiciones como delirium o multimorbilidad (44; 3). Los extrínsecos abarcan entornos hospitalarios inadecuados, como iluminación deficiente, pisos resbaladizos o falta de barras de apoyo (2). Revisiones recientes destacan que la interacción de estos factores aumenta el riesgo en hospitalizaciones, con *odds ratios* elevados para debilidad (OR = 2.5) y medicamentos (OR = 1.8) (3; 21).

Dentro de los enfoques teóricos aplicados a la prevención de caídas se encuentra el Modelo de Morse, el cual estima el nivel de riesgo considerando seis indicadores: antecedente de caídas, presencia de diagnósticos secundarios, uso de dispositivos para la deambulación, administración de terapia intravenosa, características de la marcha y estado cognitivo. Una puntuación igual o superior a 45 en esta escala se interpreta como riesgo elevado (45). Otro modelo relevante es el de prevención multifactorial de la OMS, que integra intervenciones en factores modificables como ejercicio y revisión farmacológica (43). En literatura reciente, el modelo de Montero-Odasso et al. (3) propone enfoques integrados basados en evidencia, enfatizando screening temprano en hospitalizados para reducir incidencia en un 20-30%.

#### **2.4. Formulación**

**de**

**hipótesis**

### 2.4.1. Hipótesis general

**Ha:** Existe relación significativa entre la calidad de vida y riesgo de caídas en el adulto mayor en el servicio de medicina de un hospital público Lima, 2025.

**Ho:** No existe relación significativa entre la calidad de vida y riesgo de caídas en el adulto mayor en el servicio de medicina de un hospital público Lima , 2025.

### 2.4.2. Hipótesis específicas

1. **HaE1:** Existe relación significativa entre la dimensión física de la calidad de vida y riesgo de caídas en adultos mayores en el servicio de medicina de un hospital público de Lima.
2. **HaE2:** Existe una relación significativa y negativa entre la dimensión psicológica de la calidad de vida y riesgo de caídas en adultos mayores en el servicio de medicina de un hospital público Lima.
3. **HaE3:** Existe una relación significativa y negativa entre la dimensión de relaciones sociales de la calidad de vida y riesgo de caídas en adultos mayores en el servicio de medicina de un hospital público Lima.
4. **HaE4:** Existe una relación significativa y negativa entre la dimensión de medio ambiente de la calidad de vida y riesgo de caídas en adultos mayores en el servicio de medicina de un hospital público Lima.

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

### **3.1. Método de investigación**

El estudio adoptó el enfoque metodológico hipotético-deductivo, el cual consiste en plantear hipótesis fundamentadas en marcos teóricos previamente establecidos y someterlas a verificación mediante la evidencia empírica (46; 47). La selección de este método responde a los propósitos de la investigación, sustentados en constructos conceptuales consolidados, entre los que destacan el enfoque sobre calidad de vida establecido por la Organización Mundial de la Salud (38) y las propuestas teóricas vinculadas a la

seguridad del paciente en el ámbito geriátrico, como el modelo multifactorial de prevención de caídas (3).

### **3.2. Enfoque de la investigación**

El enfoque de este proyecto es cuantitativo, definido como un proceso sistemático que utiliza datos numéricos para probar hipótesis y analizar relaciones entre variables mediante técnicas estadísticas (48). Esta decisión se fundamenta en la necesidad de probar las hipótesis formuladas a partir de los objetivos específicos, recolectando datos numéricos a través de instrumentos estandarizados como el WHOQOL-BREF para la calidad de vida y la Escala de Tinetti para el riesgo de caídas.

#### **3.3. Tipo de la investigación**

La investigación es de tipo aplicada, caracterizada por su orientación hacia la solución de problemas prácticos específicos mediante la generación de conocimiento útil y transferible a contextos reales (49).

### **3.4. Diseño de la investigación**

El estudio se enmarca en un diseño no experimental, dado que las variables se examinan en su contexto natural, sin que el investigador ejerza manipulación intencional para modificar su aparición o magnitud (50). Esta elección metodológica responde a los objetivos planteados, orientados a describir y analizar las relaciones existentes en un entorno hospitalario real, preservando tanto la ética en la investigación como la validez ecológica. En cuanto al alcance, la investigación es de tipo correlacional, puesto que busca identificar el grado de asociación entre las variables independientes (dimensiones de la calidad de vida) y

la variable dependiente (riesgo de caídas), sin establecer relaciones de causalidad (51). Finalmente, el diseño es de corte transversal, ya que la recolección de información se efectuará en un único momento temporal, correspondiente al año 2025 (49).

### **3.5. Población, muestra y muestreo**

#### **3.5.1. Población**

El grupo de investigación estará integrada por 120 adultos mayores de 60 años o más, hospitalizados en el servicio de Medicina de un hospital público durante el periodo asignado para la recolección de datos y que reúnan los criterios de inclusión previamente definidos. Considerando el contexto particular y las restricciones de acceso, este grupo representa el universo completo y a la vez accesible para el desarrollo de la presente investigación.

#### **3.5.2. Muestra**

En este proyecto la población de estudio es delimitado y manejable (N=120), no se procederá con la extracción de una fracción de la misma. En su lugar, se trabajará con la totalidad de los participantes, constituyendo así una muestra de tipo censal. Por lo tanto, la muestra será igual a la población, incluyendo a los 120 adultos mayores que acepten participar voluntariamente en el estudio.

#### **3.5.3. Muestreo**

El muestreo seleccionado corresponde al no probabilístico por conveniencia, dado que se incorporarán todos los pacientes que reúnan los criterios de inclusión establecidos y

que estén disponibles en el servicio de Medicina durante el tiempo destinado a la recolección de información. La elección de esta técnica responde a la accesibilidad de la población y a la factibilidad de su aplicación en el contexto del estudio. Este método es el más factible y apropiado para el entorno hospitalario, garantizando que se alcance el número total de 120 participantes definidos para el estudio.

### **3.6. Criterios de selección**

#### ***3.6.1. Criterios de inclusión***

- Adultos mayores de 60 años o más
- Tiempo de hospitalización mayor a 24 horas.
- Pacientes conscientes y orientados en tiempo, espacio y persona.
- Capacidad de comunicación verbal conservada.
- Aceptación voluntaria mediante consentimiento informado debidamente suscrito.

#### ***3.6.2. Criterios de exclusión***

- Persona hospitalizada sometida en estado de sedación o con alteración del estado de conciencia.
- Diagnóstico confirmado de demencia severa o deterioro cognitivo grave.
- Pacientes en estado crítico o terminal.
- Negativa a participar en el estudio o retiro del consentimiento informado.
- Pacientes con alta médica programada en las siguientes 24 horas.

### 3.7. Variables y operacionalización

variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa
<b>V1: Calidad de vida</b>	La calidad de vida se puede interpretar como la valoración individual que una persona realiza acerca de su situación existencial, la cual está condicionada por el entorno cultural y los referentes éticos y sociales que lo enmarcan, así como por el grado de cumplimiento de sus propósitos, aspiraciones y necesidades personales. Constituye un constructo multidimensional influenciado por determinantes biopsicosociales, que integran factores físicos, psicológicos y sociales, los cuales condicionan la experiencia de bienestar y calidad de vida.	Percepción que poseen los adultos mayores respecto a su estado de bienestar, evaluada mediante el cuestionario WHOQOL-BREF, instrumento que valora la calidad de vida durante las dos semanas previas a su aplicación.	Salud física	Dolor, malestar general, dependencia de fármacos, fatiga, calidad del sueño, desempeño en las actividades diarias y capacidad laboral.	Ordinal	Mala (0-51) Regular (52-65) Buena (66-100)
			Salud psicológica	Espiritualidad, creencias personales, percepción de la propia imagen corporal, autoestima, así como la presencia de emociones positivas y negativas.		
			Relaciones sociales	Interacciones sociales, dimensión sexual y estructuras de soporte comunitario.		
			Ambiente	Protección física, disponibilidad de recursos económicos, condiciones del hogar y accesibilidad al transporte.		

<b>V2: Riesgo de caídas</b>	Acontecimiento involuntario que resulta en que una persona llegue a descansar en el suelo u otro nivel inferior. Es un síndrome geriátrico multifactorial, identificado como la segunda causa principal de fallecimientos por lesiones involuntarias en adultos mayores a nivel internacional.	Tendencia a presentar caídas en adultos mayores hospitalizados, evaluada a través de la Escala de Tinetti, instrumento que permite medir de manera objetiva las modificaciones en la estabilidad y la marcha, con el fin de establecer el nivel de riesgo.	Equilibrio	Valoración de la estabilidad en posición sedente y durante la transición al sentarse, el intento de incorporarse desde la silla, el equilibrio en bipedestación tanto en condiciones normales como frente a un estímulo externo, la capacidad de mantenerse de pie con los ojos cerrados y la ejecución controlada de un giro completo de 360 grados.	Ordinal	Alto riesgo de caídas (<19)  Riesgo de caídas (19-23)  Bajo riesgo de caídas (>24)
			Marcha	La marcha comprende el análisis del inicio y la postura durante el desplazamiento, la amplitud y elevación de cada paso, la regularidad y continuidad en la secuencia de la pisada, así como la dirección del recorrido y el control postural del tronco para mantener la estabilidad.	Ordinal	

### **3.8. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

#### ***3.8.1. Técnica***

En este proyecto se contemplará la encuesta como el método fundamental para recopilar la información de los participantes. Esta elección se justifica por ser un procedimiento estandarizado y confiable que facilita el manejo de un volumen considerable de información a un costo asequible, lo que la convierte en la técnica más empleada en investigaciones sociales y de salud cuando se requiere recopilar datos cuantitativos.

#### ***3.8.2. Descripción de instrumentos***

Se utilizarán dos cuestionarios estandarizados, cuya elección se fundamenta en su coherencia con las variables, dimensiones e indicadores del estudio.

##### **3.8.2.1. Ficha técnica N.º 1: WHOQOL-BREF**

- **Instrumento:** Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-BREF.
- **Autor:** Grupo de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
- **Objetivo:** Medir la percepción individual de la calidad de vida en diferentes contextos culturales.
- **Descripción:** Este cuestionario, de uso internacional, está conformado por 26 interrogantes orientados a valorar la calidad de vida a partir de cuatro áreas fundamentales: bienestar físico, estado psicológico, vínculos sociales y condiciones del entorno. La información se obtiene mediante una escala ordinal tipo Likert con cinco opciones de respuesta.

##### **3.8.2.2. Ficha Técnica N.º 2: Escala de Tinetti**

- **Instrumento:** Escala de Tinetti para la evaluación de la Marcha y el Equilibrio.

- **Autor:** Mary Tinetti (1986).
- **Adaptación peruana:** Rodríguez y Helena (2012), con actualización de Cjuro y Mamani (2016).
- **Objetivo:** Identificar y valorar los componentes del riesgo de caídas mediante la evaluación de la marcha y el equilibrio en adultos mayores.
- **Descripción:** El instrumento consta de dos subescalas. La primera subescala valora el equilibrio mediante 9 ítems con un puntaje máximo de 16, mientras que la segunda analiza la marcha a través de 7 ítems con un máximo de 12 puntos. En conjunto, la calificación total alcanza 28 puntos, donde valores más altos reflejan un mejor desempeño funcional y un riesgo reducido de caídas.

### 3.8.2.3. Validación

Ambos instrumentos seleccionados cuentan con validación demostrada en estudios previos, lo que asegura su pertinencia para medir las variables de interés.

- El cuestionario WHOQOL-BREF ha sido validado en múltiples investigaciones. En el contexto peruano, estudios como el de Vera (2021) han reportado una excelente validez, obteniendo un coeficiente Kappa de  $c=0.98$ .
- La Escala de Tinetti ha sido validada en su versión en español, demostrando una fiabilidad inter e intraobservador adecuada, lo que confirma su validez para ser aplicada en poblaciones de habla hispana.

### 3.8.2.4. Confiabilidad

La fiabilidad de los instrumentos, entendida como la consistencia y precisión de sus mediciones, ha sido establecida mediante el coeficiente Alfa de Cronbach en investigaciones anteriores.

- Para el WHOQOL-BREF, estudios nacionales como el de Chiquiruna (2020) han reportado una alta confiabilidad, con un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.86.
- La Escala de Tinetti ha demostrado una excelente consistencia interna en sus estudios originales, alcanzando un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.91, lo que la califica como un instrumento con una fiabilidad muy aceptable para la investigación.

### 3.9. Plan de procesamiento y análisis de datos

Concluida la fase de recolección, los datos obtenidos mediante los cuestionarios serán codificados y organizados en una base construida en Microsoft Excel. Posteriormente, dicha matriz será transferida al programa estadístico IBM SPSS Statistics v.26, donde se llevará a cabo el procesamiento y análisis correspondiente.

El análisis se desarrollará en dos fases:

1. **Análisis descriptivo:** Se utilizará la estadística descriptiva para caracterizar a la población de estudio. Se calcularán frecuencias absolutas y porcentajes para las variables sociodemográficas. Para las variables principales, “Calidad de Vida” y “Riesgo de Caídas”, así como para sus respectivas dimensiones, se aplicarán estadísticos descriptivos de tendencia central (media y mediana) junto con medidas de variabilidad (desviación estándar) con el propósito de caracterizar el comportamiento de la muestra. Los hallazgos se expondrán mediante tablas y representaciones gráficas que faciliten su interpretación y análisis.
2. **Análisis inferencial:** Con el fin de contrastar las hipótesis planteadas, se verificará inicialmente la normalidad en la distribución de la información empleando la prueba estadística de Shapiro-Wilk. Dependiendo del resultado, se seleccionará el estadígrafo

de correlación apropiado. Dado que las variables son de naturaleza ordinal, se anticipa el uso del coeficiente de correlación no paramétrico Rho de Spearman para determinar el grado y la significancia de la relación entre la calidad de vida y el riesgo de caídas, así como entre sus respectivas dimensiones. Se considerará un nivel de significancia de  $p < 0.05$  para rechazar las hipótesis nulas.

### **3.10. Aspectos éticos**

La presente investigación se adherirá rigurosamente a los principios bioéticos y a las directrices internacionales para la investigación con seres humanos, en particular la Declaración de Helsinki. Se asegurará el cumplimiento de los principios bioéticos, garantizando en todo momento la salvaguarda de los derechos, la dignidad y la integridad física y emocional de los participantes.

- Principio de autonomía: Se solicitará la participación de manera voluntaria. Antes de la aplicación de los instrumentos, se entregará un Formato de Consentimiento Informado a cada participante, explicando de manera clara los objetivos del estudio, los procedimientos, la confidencialidad y su derecho a retirarse en cualquier momento sin ninguna consecuencia. Solo aquellos que acepten y firmen el documento serán incluidos en el estudio.
- Principio de beneficencia y no maleficencia: La investigación busca generar conocimiento que beneficie la práctica clínica y la seguridad del paciente, sin exponer a los participantes a riesgos físicos o psicológicos. La información recolectada será utilizada exclusivamente para los fines del estudio, asegurando la confidencialidad de los datos mediante la codificación de los cuestionarios para garantizar el anonimato.

- Principio de justicia: La selección de los participantes se realizará de manera equitativa, basándose únicamente en los criterios de inclusión y exclusión establecidos, sin discriminación de ningún tipo. Antes de proceder con la fase de recolección de información, el proyecto de investigación será sometido al proceso de revisión ética y deberá contar con la autorización tanto del comité universitario como del comité institucional del hospital público de Lima, a fin de garantizar su aprobación formal.

## **CAPÍTULO IV: ASPECTOS ADMINISTRATIVOS**

### **4.1. Cronograma de actividades (2025)**

Actividad	Ene-Feb	Mar-Abr	May-Jun	Jul-Ago	Sep-Oct	Nov-Dic
Fase 1: Planificación y Aprobación						
Elaboración y revisión del proyecto	X					
Aprobación por comités de ética	X	X				
Fase 2: Trabajo de Campo						
Coordinación y permisos en el hospital		X				
Recolección de datos			X	X		
Fase 3: Análisis y Redacción				X		
Procesamiento de datos				X		
Análisis estadístico de resultados					X	
Redacción del informe final					X	
Fase 4: Cierre					X	
Revisión y levantamiento de observaciones					X	
Sustentación y presentación final						X

## 4.2. Presupuesto

Recurso	Descripción	Cantidad	Costo Unitario (S/.)	Costo Total (S/.)
Recursos Humanos Asesor estadístico	Consulta para análisis de datos	1	1000	1000
Bienes y Materiales	Materiales de escritorio: Papel, lapiceros, fólderes	Global	200	200
	Impresiones y fotocopias: Consentimientos, cuestionarios	300	0.4	120
	Anillado/empastado: Presentación de informes	3	50	150
Servicios	Movilidad local: Traslados al hospital	Global	150	150
	Internet y telefonía: Comunicación y búsqueda de info.	Global	150	150
Imprevistos				100
TOTAL				S/ 1870

## REFERENCIAS

1. World Health Organization. Envejecimiento y salud [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Older adult falls data [Internet]. 2024 Oct 28. Disponible en: <https://www.cdc.gov/falls/data-research/index.html>
3. Montero-Odasso M, van der Velde N, Martin FC, Petrovic M, Tan MP, Ryg J, et al. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age Ageing*. 2022;51(9):afac205. doi:10.1093/ageing/afac205
4. Chen M, Tao Y, Lin Z, Li S, He W, Zhang L. Risk factors associated with falls in hospitalized older adults patients. *Gerontol Geriatr Med*. 2024;10:23337214241302711.
5. Haddad YK, Miller GF, Kakara R, Florence C, Bergen G, Burns ER, et al. Healthcare spending for non-fatal falls among older adults, USA. *Inj Prev*. 2024;30(4):272-6.
6. Davis JC, Husdal K, Rice J, Loomba S, Falck RS, Dimri V, et al. Cost-effectiveness of falls prevention strategies for older adults: protocol for a living systematic review. *BMJ Open*. 2024;14(11):e088536.
7. Hu M, Lu S, Guan J, Deng W, Hu Y, Huang Y, et al. Developing a rapid predictive model for falls in older hospitalized patients. *Front Public Health*. 2024;12:1421078.
8. Davis JC, Husdal K, Rice J, Loomba S, Falck RS, Dimri V, et al. Cost-effectiveness of falls prevention strategies for older adults: protocol for a living systematic review. *BMJ Open*. 2024;14(11):e088536.
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Población y vivienda [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/poblacion-y-vivienda/>

10. Leitón-Espinoza ZE, Silva-Fhon JR, de Lima FM, Fuentes-Neira WL, Villanueva-Benites ME, Partezani-Rodriguez RA. Predicción de caídas y caídas recurrentes en adultos mayores que viven en el domicilio. *Gerokomos*. 2022;33(4):212-8.
11. Merino R, Varela L, de Lara GM. Evaluación del paciente geriátrico hospitalizado. Orientado por problemas: Estudio prospectivo de 71 casos. *Rev Med Hered*. 1992;3(2).
12. Silva-Fhon JR, Porras-Rodriguez MM, Guevara-Morote GA, Canales-Rimachi RI, Fabricio-Wehbe SCC, Partezani-Rodriguez RA. Riesgo de caída en el adulto mayor que acude a dos Centros de Día. Lima, Perú. *Horizonte Med (Lima)*. 2014;14(3):12-8.
13. Meucci RD, Runzer-Colmenares FM, Parodi JF, De Mola CL. Falls among the elderly in Peruvian Andean Communities and the rural far South of Brazil: prevalence and associated factors. *J Community Health*. 2020;45(2):363-73.
14. Ministerio de Salud (MINSA). Guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del síndrome de caídas en el adulto mayor. 2022. Disponible en: [https://www2.hospitalloayza.gob.pe/pte/files/TRAS\\_0373f03546fd16d\\_.pdf](https://www2.hospitalloayza.gob.pe/pte/files/TRAS_0373f03546fd16d_.pdf)
15. Ticona DN. Capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2021 [Tesis de licenciatura]. Universidad Autónoma de Ica; 2021. Disponible en: [https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/AUIC\\_1c77-b3ab6c31456a3d0d3572774ea6ed](https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/AUIC_1c77-b3ab6c31456a3d0d3572774ea6ed)
16. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Resolución Directoral N° 182-2023-HNAL-DG. 2023. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4885797/R.D%20N%C2%BA182-2023-HNAL-DG.pdf>

17. Cortés OL, Piñeros H, Aya PA, Sarmiento J, Arévalo I. Systematic review and meta-analysis of clinical trials: In-hospital use of sensors for prevention of falls. *Medicine (Baltimore)*. 2021;100(41):e27467.
18. Bally EL, Ye L, van Grieken A, Tan SS, Mattace-Raso F, Procaccini E, et al. Factors associated with falls among hospitalized and community-dwelling older adults: the APPCARE study. *Front Public Health*. 2023;11:1180914.
19. Davey N, Connolly E, Mc Elwaine P, Kennelly SP. A systematic review of falls risk of frail patients with dementia in hospital: progress, challenges, and recommendations. *Clin Interv Aging*. 2024;1127-39.
20. Machado-Duque ME, Camacho-Arteaga L, Sabaté M, Vidal-Guitart X, Machado-Alba JE. Falls in hospitalized older adults and the use of fall risk-increasing drugs and anticholinergic medications in Colombia: a case-control study. *Front Pharmacol*. 2024;15:1369200.
21. Mao A, Su J, Ren M, Chen S, Zhang H. Risk prediction models for falls in hospitalized older patients: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr*. 2025;25(1):29.
22. González-Quintero AY, Luna-Flórez LM, Camargo-Lemos DM, Patiño-Segura MS. Riesgo de caídas y calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores no institucionalizados. *Salud UIS*. 2024;56. doi:10.18273/saluduis.56.e:24037
23. Márquez Celedonio FG, Alvarado Mañón A, Ponce Díaz E, Morales Sánchez KO, Estrada López DJ. Eficacia del Entrenamiento Otago para Mejorar Equilibrio y Reducir Riesgo de Caídas en Adultos Mayores. *Ciencia Latina Rev Cient Multidiscip*. 2024;8(4):9002-18. doi:10.37811/cl\_rcm.v8i4.13043
24. Cai L, Cheng X, Zhang K, Yao L, Zhang X, Wang Z. Comparison of commonly used fall risk assessment tools in predicting fall risk: a prospective observational study in older

- adult inpatients over 80 years of age. *West J Nurs Res.* 2025;47(5):376-83. doi:10.1177/01939459251320011
25. Carvalho LMD, Lira LB, Oliveira LB, Mendes AM, Pereira FG, Galiza FT, et al. Analysis of hospital safety and risk of falls in the elderly: a cross-sectional study in Brazil. *Int J Environ Res Public Health.* 2024;21(8):1036.
  26. Reyes-Ortiz CA, Pacheco S, Slovacek CA, Jiang M, Salinas-Fernandez IC, Ocampo-Chaparro JM. Medical falls among older adults in Latin American cities. *Rev Salud Publica.* 2023;22:527-32.
  27. Morris ME, Webster K, Jones C, Hill AM, Haines T, McPhail S, et al. Interventions to reduce falls in hospitals: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing.* 2022;51(5):afac077. doi:10.1093/ageing/afac077.
  28. Guirguis-Blake JM, Perdue LA, Coppola EL, Bean SI. Interventions to prevent falls in older adults: updated evidence report and systematic review for the US preventive services task force. *JAMA.* 2024;332(1):58-69.
  29. Orts-Cortés MI, Cabañero-Martínez MJ, Meseguer-Liza C, Arredondo-González CP, de la Cuesta-Benjumea C, Abad-Corpa E. Effectiveness of nursing interventions in the prevention of falls in older adults in the community and in health care settings: A systematic review and meta-analysis of RCT. *Enferm Clin.* 2024;34(1):4-13. doi:10.1016/j.enfcle.2024.01.001
  30. Marca EL, Orellana CA. Enfermería en la prevención de caídas en pacientes hospitalizados: Nursing in the prevention of falls in hospitalized patients. *LATAM Rev Latinoam Cienc Soc Hum.* 2025;6(3):1755-67. doi:10.56712/latam.v6i3.4074
  31. Arcelles Chariarse FAR, Fernandez Torres KR. Capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores de la Asociación Regional de Cesantes y Jubilados de Educación de

- Tacna (ARCIJET), 2023 [Tesis de pregrado]. Universidad Continental; 2023. Disponible en:
- [https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/14050/2/IV\\_FCS\\_507\\_T\\_E\\_Arcelles\\_Fernandez\\_2023.pdf](https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/14050/2/IV_FCS_507_T_E_Arcelles_Fernandez_2023.pdf)
32. Gonzales CJ. Principales factores de riesgo asociados a caídas en adultos mayores en una casa de reposo en Lima, Perú, durante el año 2023 [Tesis de pregrado]. Universidad Nacional Federico Villarreal; 2023. Disponible en:
- <https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/10322/GONZALES%20PERALTA%20CARLOS%20JUNIOR%20-%20FMHU.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
33. Herrera Luis LL, Bringas Zumaeta MS. Evaluación de factores asociados a caídas en adultos mayores que acuden a un servicio de geriatría de un hospital general en Lima, Perú [Tesis de pregrado]. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2020. Disponible en:
- <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/7841>
34. Mera RU. Riesgo de caídas y capacidad funcional en ancianos hospitalizados en el servicio de medicina y emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – ESSALUD, 2019 [Tesis de licenciatura]. Universidad Privada Norbert Wiener; 2019. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/c3b3ed30-7c32-4f5e-a8e0-9bbb3ba18502/content>
35. Casahuaman-Orellana L, Runzer-Colmenares FM, Parodi JF. Asociación entre síndrome de caídas y síntomas depresivos en adultos mayores de once comunidades altoandinas del Perú 2013-2017. Rev Neuropsiquiatr. 2019;82(1):11. doi:10.20453/rnp.v82i1.3481
36. Valencia del Aguila LC. Características de las caídas en el adulto mayor que ingresa por emergencia del Hospital San José Callao – 2018 [Tesis de licenciatura]. Universidad de

- San Martín de Porres; 2019. Disponible en:  
<https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/5223>
37. World Health Organization. WHOQOL - Measuring quality of life [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.who.int/tools/whoqol>
  38. World Health Organization. The World Health Organization quality of life (WHOQOL) [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03>
  39. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. *JAMA*. 1995;273(1):59-65.
  40. Skevington SM, Böhnke JR. How is subjective well-being related to quality of life? Do we need two concepts and both measures? *Soc Sci Med*. 2018;206:22-30.
  41. Pomeroy IM, Tennant A, Mills RJ, TONiC Study Group, Young CA. The WHOQOL-BREF: a modern psychometric evaluation of its internal construct validity in people with multiple sclerosis. *Qual Life Res*. 2020;29(7):1961-72.
  42. Centers for Disease Control and Prevention. About older adult fall prevention [Internet]. 2024 [citado 11 ago 2025]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/falls/about/index.html>
  43. World Health Organization. Caídas [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
  44. Ambrose AF, Paul G, Hausdorff JM. Risk factors for falls among older adults: a review of the literature. *Maturitas*. 2013;75(1):51-61.
  45. Morse JM. Preventing patient falls. 2nd ed. Springer; 2009.
  46. Bunge M. Epistemología: Curso de actualización. México: Siglo XXI; 1997.
  47. Popper KR. *The Logic of Scientific Discovery*. London: Hutchinson; 1959.

48. Creswell JW, Creswell JD. Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. 6th ed. SAGE Publications; 2023.
49. Kerlinger FN, Lee HB. Foundations of Behavioral Research. 4th ed. Harcourt College Publishers; 2000.
50. Ato M, López-García JJ, Benavente A. Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*. 2013;29(3):1038-59. doi:10.6018/analesps.29.3.178511
51. Hernández-Sampieri R, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Ciudad de México: McGraw-Hill Interamericana; 2018.

**ANEXOS**

### Anexo 1: Matriz de consistencia

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p><b>Problema general:</b> ¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y riesgo de caídas en el adulto mayor en el servicio de medicina de un hospital público de Lima, 2025?</p>	<p><b>Objetivo general:</b></p> <p>Determinar la relación entre la calidad de vida y riesgo de caídas en el adulto mayor en el servicio de medicina de un hospital público de Lima, 2025.</p>	<p><b>Hipótesis general</b></p> <p>Ha: Existe relación significativa entre la calidad de vida y riesgo de caídas en el adulto mayor en el servicio de medicina de un hospital público Lima, 2025.</p>	<p><b>Variable 1: Calidad de vida</b></p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Salud física</li> <li>- Salud psicológica</li> <li>- Relaciones sociales</li> <li>- Ambiente</li> </ul>	<p><b>Tipo de investigación:</b></p> <p>Aplicada</p> <p><b>Método y diseño de investigación:</b></p> <p>Método hipotético-deductivo.</p>
<p><b>Problemas específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál es la relación entre la dimensión física de la calidad de vida y riesgo de caídas?</li> <li>• ¿Cuál es la relación entre la dimensión psicológica de la calidad de vida y riesgo de caídas?</li> <li>• ¿Cuál es la relación entre la dimensión de relaciones sociales de la</li> </ul>	<p><b>Objetivos específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar la relación entre la dimensión física de la calidad de vida y riesgo de caídas.</li> <li>• Determinar la relación entre la dimensión psicológica de la calidad de vida y riesgo de caídas.</li> <li>• Establecer la relación entre la dimensión de</li> </ul>	<p><b>Hipótesis específicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• HaE1: Existe relación significativa entre la dimensión física de la calidad de vida y riesgo de caídas.</li> <li>• HaE2: Existe una relación significativa y negativa entre la dimensión psicológica de la calidad de vida y riesgo de caídas.</li> </ul>	<p><b>Variable 2: Riesgo de caídas</b></p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Equilibrio</li> <li>- Marcha</li> </ul>	<p>Diseño no experimental, de nivel correlacional y de corte transversal.</p> <p><b>Población y muestra:</b></p> <p>Población: 120 pacientes. Muestra: 120 pacientes.</p>

<p>calidad de vida y riesgo de caídas?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál es la relación entre la dimensión de medio ambiente de la calidad de vida y riesgo de caídas?</li> </ul>	<p>relaciones sociales de la calidad de vida y riesgo de caídas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Describir la relación entre la dimensión de medio ambiente de la calidad de vida y riesgo de caídas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HaE3: Existe una relación significativa y negativa entre la dimensión de relaciones sociales de la calidad de vida y riesgo de caídas.</li> <li>• HaE4: Existe una relación significativa y negativa entre la dimensión de medio ambiente de la calidad de vida y riesgo de caídas.</li> </ul>		
--	---	---	--	--

## Anexo 2: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Estimado participante,

El presente cuestionario tiene como propósito conocer su percepción sobre su calidad de vida durante las últimas dos semanas. Su participación es voluntaria y la información que proporcione será completamente confidencial. Le pido que responda con total sinceridad; no hay respuestas correctas o incorrectas.

### I. DATOS GENERALES

**Edad:** \_\_\_\_\_

**Sexo:**

- Masculino ( )
- Femenino ( )

**Estado civil:**

- Soltero(a) ( )
- Casado(a) ( )
- Conviviente ( )
- Viudo(a) ( )
- Separado(a) / Divorciado(a) ( )

### II. CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA (WHOQOL-BREF)

**Instrucciones:**

Este cuestionario tiene como objetivo conocer cómo percibe su calidad de vida en las últimas dos semanas. Responda cada pregunta seleccionando la opción que mejor refleje sus sentimientos, experiencias y condiciones recientes. Marque solo una respuesta para cada pregunta. Es fundamental que responda a todas las preguntas, tratando de ser lo más sincero y preciso posible. Si tiene dudas sobre alguna pregunta, escoja la opción que se acerque más a su situación.

<b>Preguntas</b>	<b>Muy mala</b>	<b>Mala</b>	<b>Normal</b>	<b>Buena</b>	<b>Muy buena</b>
1. ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

<b>Preguntas</b>	<b>Muy insatisfecho/a</b>	<b>Poco insatisfecho/a</b>	<b>Lo normal</b>	<b>Bastante satisfecho/a</b>	<b>Muy satisfecho/a</b>
2. ¿Cuán satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

**Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.**

<b>Preguntas</b>	<b>Nada</b>	<b>Un poco</b>	<b>Normal</b>	<b>Bastante</b>	<b>Extremadamente</b>
3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4. ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5. ¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5

9. ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

**Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimentó o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas y en qué medida.**

Preguntas	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10. ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13. ¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

**Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semanas se ha sentido satisfecho/a, y cuánto, en varios aspectos de su vida.**

Preguntas	Muy insatisfecho/a	Poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a

16. ¿Cuán satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17. ¿Cuán satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18. ¿Cuán satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19. ¿Cuán satisfecho/a está de sí mismo/a?	1	2	3	4	5
20. ¿Cuán satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21. ¿Cuán satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22. ¿Cuán satisfecho/a está con	1	2	3	4	5

el apoyo que obtiene de sus amigos?					
23. ¿Cuán satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24. ¿Cuán satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25. ¿Cuán satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

**La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas.**

<b>PREGUNTAS</b>	<b>NUNCA</b>	<b>RARAMENTE</b>	<b>MODERADAMENTE</b>	<b>FRECUENTEMENTE</b>	<b>SIEMPRE</b>
26. ¿Con qué frecuencia	1	2	3	4	5

tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad o depresión?					
--	--	--	--	--	--

### III. ESCALA DE TINETTI PARA EVALUAR RIESGO DE CAÍDAS

**Instrucciones:** Indique un puntaje según la descripción que más se ajuste a la observación de cada ítem. Anote el resultado en la columna correspondiente y sume los puntajes al final para obtener el resultado total.

#### Escala de Tinetti para el EQUILIBRIO

*Instrucción: Con el paciente sentado en una silla dura sin brazos.*

ÍTEM	DESCRIPCIÓN	PUNTAJE
<b>1. Equilibrio sentado</b>	Se recuesta o resbala de la silla	0
	Estable y seguro	1
<b>2. Se levanta</b>	Incapaz sin ayuda	0
	Capaz, pero usa los brazos	1
	Capaz sin usar los brazos	2
<b>3. Intenta levantarse</b>	Incapaz sin ayuda	0
	Capaz, pero requiere más de un intento	1
	Capaz de un solo intento	2

<b>4. Equilibrio inmediato de pie (15 seg)</b>	Inestable (vacila, se balancea)	0
	Estable con bastón o se agarra	1
	Estable sin apoyo	2
<b>5. Equilibrio de pie</b>	Inestable	0
	Estable con bastón o abre los pies	1
	Estable sin apoyo y talones cerrados	2
<b>6. Tocado (de pie, se le empuja levemente por el esternón 3 veces)</b>	Comienza a caer	0
	Vacila, se agarra	1
	Estable	2
<b>7. Ojos cerrados (de pie)</b>	Inestable	0
	Estable	1
<b>8. Giro de 360°</b>	Pasos discontinuos	0
	Pasos continuos	1
	Inestable	0
	Estable	1
<b>9. Sentándose</b>	Inseguro, mide mal la distancia y cae en la silla	0
	Usa las manos	1
	Seguro	2
<b>PUNTUACIÓN TOTAL DEL EQUILIBRIO (máx. 16 puntos):</b>		_____

**Escala de Tinetti para la MARCHA**

*Instrucción: Con el paciente caminando a su paso usual y con la ayuda habitual (bastón o andador).*

<b>ÍTEM</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>PUNTAJE</b>
<b>1. Inicio de la marcha</b>	Cualquier vacilación o varios intentos por empezar	0
	Sin vacilación	1
<b>2. Longitud y altura del paso</b>	<b>A) Balanceo del pie derecho</b>	
	No sobrepasa el pie izquierdo	0
	Sobrepasa el pie izquierdo	1
	No se levanta completamente del piso	0
	Se levanta completamente del piso	1
	<b>B) Balanceo del pie izquierdo</b>	
	No sobrepasa el pie derecho	0
	Sobrepasa el pie derecho	1
	No se levanta completamente del piso	0
	Se levanta completamente del piso	1
<b>3. Simetría del paso</b>	Longitud del paso derecho desigual al izquierdo	0
	Pasos derechos e izquierdos iguales	1
<b>4. Continuidad de los pasos</b>	Discontinuidad de los pasos	0
	Continuidad de los pasos	1
<b>5. Pasos</b>	Desviación marcada	0

	Desviación moderada o usa ayuda	1
	En línea recta sin ayuda	2
<b>6. Tronco</b>	Marcado balanceo o usa ayuda	0
	Sin balanceo pero flexiona rodillas o la espalda o abre los brazos	1
	Sin balanceo, sin flexión, sin ayuda	2
<b>7. Posición al caminar</b>	Talones separados	0
	Talones casi se tocan al caminar	1
<b>PUNTUACIÓN TOTAL DE LA MARCHA (máx. 12 puntos):</b>		_____
<b>PUNTUACIÓN TOTAL GENERAL (máx. 28 puntos):</b>		_____

**Interpretación:**

- **Menos de 19:** Riesgo alto de caídas.
- **De 19 a 23:** Riesgo de caídas.
- **Mayor a 24:** Bajo riesgo de caídas.




# 19% 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

- 17%  Fuentes de Internet
- 6%  Publicaciones
- 15%  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

- 17% Fuentes de Internet
- 6% Publicaciones
- 15% 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	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	7%
2	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2018-09-13	1%
3	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2024-10-23	1%
4	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2019-10-10	<1%
5	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2022-11-12	<1%
6	Internet	hdl.handle.net	<1%
7	Trabajos entregados	Universidad Europea de Madrid on 2023-09-01	<1%
8	Internet	www.coursehero.com	<1%
9	Trabajos entregados	Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga on 2025-12-05	<1%
10	Internet	repositorio.bausate.edu.pe	<1%
11	Internet	core.ac.uk	<1%