



Universidad
Norbert Wiener

Powered by **Arizona State University**

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

Trabajo Académico

Relación entre riesgo de caídas, kinesiophobia y depresión en adultos mayores
de una parroquia en Lima, 2025

**Para optar el Título de
Especialista en Fisioterapia en el Adulto Mayor**

Presentado por:

Autora: Roque Rojas, Lucilena Milagros


Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2635-9516>

Asesora: Dra. Rodriguez Garcia, Rosa Vicenta

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0203-5165>

Lima – Perú

2025

 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, Lucilena Milagros, Roque Rojas, egresado de la Facultad de Ciencias de la Salud y Escuela Académica Profesional de Tecnología Médica/ Escuela de Posgrado de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico **“Relación entre riesgo de caídas, kinesiofobia y depresión en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025”** Asesorado por la docente: Dra. Rosa Vicenta, Rodríguez García DNI: 08813435 ORCID: 0000-0002-0203-5165 tiene un índice de similitud de 18(dieciocho)% con código:14912:475262777, 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.

Nombres y apellidos del Egresado:



Lucilena Milagros, Roque Rojas
 DNI: 46887146




.....
 Firma

Nombres y apellidos del Asesor:
 Dra. Rosa Vicenta, Rodríguez García
 DNI: 08813435

Lima, 02 de Junio del 2025

En caso se supere el porcentaje de similitud máximo establecido (mayor a 20%), tanto general como por fuente primaria, afirmo que dicho excedente corresponde

 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

al marco metodológico del documento. Procedo a detallar y justificar del mismo.

formulación de problemas, la redacción sigue un patrón similar a otras investigaciones, convencionalmente aceptadas, por ello, es resaltado por Turnitin e incide en la fuente primaria.

formulación de objetivos, la redacción sigue un patrón similar a otras investigaciones, convencionalmente aceptadas, por ello, es resaltado por Turnitin e incide en la fuente primaria.

justificación de la investigación, la redacción sigue un patrón similar a otras investigaciones, convencionalmente aceptadas, por ello, es resaltado por Turnitin e incide en la fuente primaria.

ÍNDICE

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema	4
1.2. Formulación del problema	
1.2.1. Problema general	6
1.2.2. Problemas específicos	6
1.3. Objetivos de la investigación	
1.3.1. Objetivo general	7
1.3.2. Objetivos específicos	7
1.4. Justificación de la investigación	
1.4.1. Teórica	8
1.4.2. Metodológica	8
1.4.3. Práctica	9
1.5. Delimitaciones de la investigación	
1.5.1. Temporal	10
1.5.2. Espacial	10
1.5.3. Recursos	10

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes	11
2.2. Bases teóricas	15
2.3. Formulación de hipótesis (si aplica)	
2.3.1. Hipótesis general	20
2.3.2. Hipótesis específicas	20

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación	22
3.2. Enfoque de la investigación	22
3.3. Tipo de investigación	22
3.4. Diseño de la investigación	22
3.5. Población, muestra y muestreo	23
3.6. Variables y operacionalización	24
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	
3.7.1. Técnica	25
3.7.2. Descripción de instrumentos	25
3.7.3. Validación	29
3.7.4. Confiabilidad	30
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos	30
3.9. Aspectos éticos	31

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Cronograma de actividades (se sugiere utilizar el diagrama de Gantt)	32
4.2. Presupuesto	33

5. REFERENCIAS

35

Anexo 1: Matriz de consistencia	45
Anexo 2: Matriz de operacionalización de variables	47
Anexo 3: Instrumentos	52
Anexo 4: Validez del instrumento	60
Anexo 5: Formato de consentimiento informado	63
Anexo 6: Reporte de similitud de Turnitin	67

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

A nivel mundial en el 2020, los adultos mayores fueron de mil millones. Para el 2030 esta cifra crecerá a 1.400 millones, lo que representará aproximadamente una de cada seis personas en el planeta. Se proyecta que, hacia el 2050, la cantidad de personas mayores será aproximadamente 2.100 millones a nivel global, lo que representa un incremento del doble respecto a las cifras actuales. También, entre el 2020 y 2050, se proyecta que los adultos mayores de 80 años o más se triplicará, alcanzando los 426 millones. En Perú, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), refiere que para el 2050, los adultos mayores llegarán a ser alrededor de 8,7 millones (1)(2).

Las caídas representan la segunda causa de mortalidad a nivel global, con un total aproximado de 684,000 fallecimientos registrados cada año. Más del 80% de estos casos suceden en países de estipendios bajos y medios. En Estados Unidos, del 20% al 30% de las personas de la tercera edad, que experimentan caídas tienen lesiones de gravedad moderada a severa. Se reporto que anualmente 37,3 millones de caídas necesitan atención médica por su gravedad. Las caídas no solo involucran al adulto mayor, sino también a la familia y al sistema de salud, generando costos elevados que pueden llevar a consecuencias fatales (3)(4).

En Lima, Perú en el Hospital Rebagliati de EsSalud, durante el año 2021, Se brindaron servicios a más de 13,600 personas en el área de urgencias traumatológicas, la mayoría fueron adultos mayores que padecieron caídas accidentales, lo que generó diversas alteraciones musculoesqueléticas. Además, entre 2020 y 2021, se realizaron a cabo 5,725 cirugías en el Departamento de Ortopedia y Traumatología, destacando las intervenciones para estabilizar fracturas producto de estas caídas (5).

A nivel mundial y local, no se dispone de estadísticas precisas sobre las tasas o niveles de kinesiophobia en personas mayores sin embargo algunos estudios realizados en 2021 a nivel mundial sugieren que la kinesiophobia está asociada con el equilibrio y la movilidad, lo que conlleva a una limitación en la actividad física, pérdida de habilidades funcionales y problemas sociales. Además, se ha encontrado que la kinesiophobia está vinculada con el dolor crónico (6).

A nivel nacional un estudio realizado en 2023 en el Hospital Santa Rosa (Lima), midió la frecuencia de kinesiophobia en pacientes con lumbalgia, con una población de entre 18 y 65 años. Tuvo como resultado que, del total de pacientes con lumbalgia, el 60% presentaba kinesiophobia de nivel alto, de los cuales el 59% eran mujeres (7).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), alrededor del 14% de las personas de la tercera edad a nivel mundial padecen algún trastorno mental, las afecciones más comunes son la depresión y la ansiedad. De este porcentaje, el 5,7% corresponde a la depresión, lo que equivale a unos 280 millones de personas afectadas. Como consecuencia, la depresión se asocia con un aumento en las tasas de suicidio, representando alrededor del 27,2% (8)(9).

Una investigación llevada a cabo en Trujillo (Perú) indica que, entre los adultos mayores evaluados, el 29% de los 21 participantes presentaron un nivel de depresión leve, el 58% de 41 participantes mostraron depresión moderada, y el 13% de 9 participantes registraron depresión grave (10).

A pesar de la limitada información disponible sobre la kinesiophobia, un estudio realizado en Turquía encontró resultados significativos al analizar las variables riesgo de caídas, kinesiophobia y depresión, hallando una mayor prevalencia de caídas entre las mujeres

en comparación con los hombres (11). En Perú se ha reportado un estudio que relacionan la kinesiofobia con la edad y la ocupación, obteniendo resultados del 73.3% en nivel alto de kinesiofobia y 26.7 bajo; grupo etario con kinesiofobia alta: 76 a 80 años, y la ocupación de tipo sedentaria (12).

Por esta razón, la presente investigación tiene como propósito abordar la siguiente pregunta: ¿Qué relación existe entre el riesgo de caídas, kinesiofobia y depresión en los adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025?

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre riesgo de caídas, kinesiofobia y depresión en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025?

1.2.2. Problemas específicos

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025?
2. ¿Cuál es el nivel del riesgo de caída en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025?
3. ¿Cuál es el nivel de Kinesiofobia en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025?
4. ¿Cuál es el nivel de depresión en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025?
5. ¿Cómo se relaciona equilibrio con kinesiofobia en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025?

6. ¿Cómo se relaciona la marcha con kinesiofobia en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025?
7. ¿Cómo se relaciona equilibrio con Depresión en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025?
8. ¿Cómo se relaciona la marcha con Depresión en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre riesgo de caídas, kinesiofobia y depresión en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas de los adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025.
2. Identificar el nivel del riesgo de caída en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025.
3. Identificar el nivel de kinesiofobia en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025.
4. Identificar el nivel de depresión en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025.
5. Determinar la relación entre equilibrio y kinesiofobia en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025.
6. Determinar la relación entre la marcha y kinesiofobia en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025.

7. Determinar la relación entre equilibrio y Depresión en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025.
8. Determinar la relación entre la marcha y Depresión en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025.

1.4. Justificación de la Investigación

1.4.1. Justificación teórica

Se han encontrado pocos recursos que aborden la interrelación de estas tres variables, lo que convierte a este estudio en una motivación para continuar con esta línea de investigación. Además, se considera una investigación novedosa que contribuirá con evidencia científica valiosa para futuros estudios.

A partir de los 65 años, es común que los adultos mayores experimenten alteraciones en su forma de caminar y en el equilibrio, lo que incrementa significativamente su vulnerabilidad a sufrir caídas (13). Según la evidencia analizada, la kinesiofobia se asocia con factores como la depresión, la reducción en la velocidad al caminar y la pérdida de fuerza muscular. Estas circunstancias pueden contribuir a que los adultos mayores tiendan a aislarse de su entorno social (14).

1.4.2. Justificación metodológica

Se basa en la utilización de tres instrumentos. El primer instrumento utilizado es la Escala de Tinetti, que servirá para evaluar el riesgo de caídas en las personas de la tercera edad. Esta herramienta ha demostrado ser válida y confiable, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.95, y se considera una prueba integral según diversos estudios, ya que mide tanto la marcha y el equilibrio (15).

El segundo instrumento utilizado es la Escala de Tampa, que se empleará para medir la kinesiofobia en adultos mayores. Esta herramienta consiste en un cuestionario y está actualmente validada, siendo utilizada en diversos contextos clínicos y en investigaciones. Su confiabilidad y validez se consideran moderadas a buenas, Con valores de alfa de Cronbach de 0.7 y 0.9, que va desde aceptable hasta excelente. Entre sus ventajas se destaca la facilidad y rapidez con la que se puede completar el cuestionario (16)(17).

El tercer instrumento utilizado es la Escala de Yesavage, que se emplea para medir la depresión en adultos mayores. Este cuestionario está compuesto por 15 ítems con respuestas dicotómicas, lo que facilita una administración rápida. Se trata de una escala de fácil aplicación y ha demostrado ser confiable según diversos estudios (18).

1.4.3. Justificación práctica

Determinar si existe relación entre las tres variables del estudio. Los resultados de este trabajo serán de utilidad para los adultos mayores, porque se considera la evaluación tanto del área motora como emocional.

Este estudio contribuirá a futuras investigaciones, sirviendo como referencia y enriqueciendo los estudios relacionados con este grupo etario y las variables en cuestión. Los resultados obtenidos serán de gran beneficio para la comunidad, ya que proporcionarán la base para diseñar estrategias, así como para implementar un enfoque personalizado, incluyendo el trabajo a domicilio con los adultos mayores. Estas intervenciones podrían aplicarse en la atención primaria.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1. Temporal

La investigación, se llevará a cabo en el mes de Junio del 2025.

1.5.2. Espacial

Se realizará en las instalaciones de una parroquia Jesús Artesano, ubicada en Jirón Carhuarazo 212, Chorrillos, Lima, Perú.

1.5.3. Recursos

Todos los requerimientos y materiales van a ser completamente autofinanciados.

2. MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Yükselmis (11) tuvo como objetivo "Determinar la relación entre la kinesiofobia, el miedo a caer y la depresión en personas mayores alojadas en residencias de ancianos". Se empleó una metodología observacional, con un enfoque cuantitativo y diseño correlacional. Para ello, se utilizarán los instrumentos: la mini prueba mental (MMT), la escala de kinesiofobia de Tampa (TKS), la escala internacional de eficiencia en caídas (UDES) y la escala de depresión de Beck (BDI). Participaron 175 adultos mayores que residían en hogares de ancianos afiliados al Ministerio de Familia y Políticas Sociales. Se encontró una evaluación significativa entre las variables de estudio. Aproximadamente el 30% de adultos mayores, experimentaron al menos una caída. En este estudio, la incidencia de caídas en el último año entre los residentes de hogares de ancianos fue del 30,3%. Las personas que experimentan caídas presentan mayor kinesiofobia, así como niveles más altos de ansiedad, miedo a caer y niveles más altos de depresión.

Sertel, et al. (19) tuvieron como objetivo "Investigar la relación entre la actividad física, el miedo al movimiento y el miedo a caer en adultos mayores con dolor crónico". Se utilizó como metodología un diseño observacional, con enfoque cuantitativo y corte correlacional. Se aplicaron los siguientes instrumentos: Mini-Examen Mental (MMSE), Tampa (TSK), Cuestionario de Creencias de Evitación del Miedo (FABQ), Escala de Actividad Física para Personas Mayores (PASE) y Escala de Eficacia en Caídas de Tinetti (FES). Se incluye a 163 adultos mayores de 65 años o más, residentes de una residencia de ancianos privada. Se encontró una degradación débil entre la edad y el riesgo de caídas.

Asimismo, se observará una evaluación positiva débil entre las evaluaciones de la Escala de Tinetti (FES), el Cuestionario de Creencias de Evitación del Miedo (FABQ) y la kinesiofobia. Además, se identificó una débil compensación negativa entre la Escala de Eficacia en Caídas de Tinetti (FES) y la Escala de Actividad Física para Personas Mayores (PASE). Se calcula una evaluación media positiva entre la kinesiofobia y las evaluaciones del FABQ, y también una evaluación media positiva entre las evaluaciones de la kinesiofobia de Tampa y la conducta de evitación del miedo. La presencia de dolor crónico en los adultos mayores, asociada con problemas relacionados con el nivel de actividad física, el miedo a caer y la kinesiofobia debido al envejecimiento, puede afectar significativamente su participación social, nivel funcional y la calidad de vida.

Campiño, Serna, Ayala (20) tuvieron como objetivo “Describir la relación que existe entre el riesgo de caídas y el estado mental, la autonomía física, la marcha y el equilibrio del adulto mayor residente en el hogar Nuestra señora de los Dolores de Santiago de Chile”. Fue descriptivo, observacional, cuantitativo, transversal y correlacional. Se empleó, Downton, Barthel, Pfiffer y Tinetti para evaluar a 36 adultos mayores. Los resultados indicaron que el 41,6% de los residentes presentaba un alto riesgo de caídas, el 44,4% un riesgo moderado y el 13,8% no mostraba un riesgo significativo. Los principales factores vinculados a un alto riesgo de caídas, que representan aproximadamente el 80% de los casos, son las alteraciones en la marcha y el equilibrio, la dependencia funcional y el consumo de múltiples medicamentos (polifarmacia). Los medicamentos vinculados a un mayor riesgo de caída fueron los tranquilizantes, sedantes, antihipertensivos y antidepresivos. Además, un factor relevante fue la presencia de un alto número de comorbilidades padecidas. En conclusión, reconocer las particularidades del adulto mayor y los factores asociados facilita la creación de estrategias adaptadas que pueden optimizar su movilidad, mejorar su equilibrio y disminuir

su nivel de dependencia. Al hacerlo, no solo promovemos su autonomía, sino que también contribuimos a su bienestar general.

Gutiérrez, et al. (21) tuvieron como objetivo “Comparar las escalas de Downton y de Tinetti en la clasificación del riesgo de caída en el adulto mayor”. Fue cuantitativo, analítico y transversal. Se aplicaron, la escala de Tinetti y la escala de Downton para evaluar a 61 adultos mayores. Ambas escalas, la de Downton y la de Tinetti modificadas, coincidieron en la clasificación, identificando a 28 adultos mayores (45,9%) en el grupo de bajo riesgo y 24 adultos mayores (39,4%) en el grupo de alto riesgo. El riesgo de caídas incrementa con la edad y es más pronunciado en las mujeres. Entre los factores de riesgo se encuentran las dificultades para deambular, polifarmacia y alteración sensorial. Se observa una relación significativa entre la edad y el sexo en lo que respecta a la clasificación del riesgo de caídas en ambas evaluaciones. Asimismo, se encontró una correlación notable entre haber sufrido caídas previas y la presencia de deambulación anormal. Ambas pruebas demostraron ser bastante similares, evidenciando una buena concordancia. En conclusión, tanto la escala de Downton como la de Tinetti presentan una capacidad comparable para identificar el riesgo de caídas, lo que las posiciona como instrumentos valiosos en el ámbito de la atención primaria.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Casca, González (22) tuvieron como objetivo “Determinar la relación entre fragilidad y riesgo de caídas en el adulto mayor del comedor solidario de la Basílica de San Francisco, Lima 2021”. El estudio fue descriptivo, transversal y no experimental. Compuesta por 102 adultos mayores en situación de calle, quienes perdieron su empleo debido a recortes de personal durante la pandemia. Los instrumentos utilizados fueron, fenotipo de Fried, Índice de Masa Corporal y Tinetti modificado. El 31% de participantes reportó haber perdido su empleo debido a la pandemia. Existe una relación significativa entre la edad y la fragilidad

($p=0,004$). En conclusión, se observó una asociación entre fragilidad y riesgo de caídas, así como una relación directa entre la fragilidad y aumento de la edad. Sin embargo, no se alcanzó a establecer una relación estadísticamente significativa en todos los casos analizados.

De la Cruz, Camacho (23) tuvieron como objetivo “Determinar la asociación entre dolor, rigidez, capacidad funcional y kinesiophobia en pacientes con gonartrosis del Hospital Nacional Hipólito Unanue (Perú), en los primeros dos meses de 2020”. Fue observacional, enfoque correlacional y transversal. La muestra estuvo integrada por 88 personas de la tercera edad con gonartrosis. Los instrumentos que se usaron fueron, el Cuestionario WOMAC y la Escala Tampa. Se evidencio una edad media de 66,38 años y predominio de mujeres, así como la mayoría tiene una ocupación sin carga física. También es notable que muchos tienen un nivel educativo de secundaria y que la duración de la enfermedad se sitúa entre 1 y 5 años. El compromiso bilateral de los miembros inferiores, los niveles de dolor y rigidez moderados indican que hay un impacto significativo en su calidad de vida. Además, el alto nivel de kinesiophobia (60,2%), lo que conlleva a que muchos pueden tener miedo al movimiento, lo que podría complicar aún más su situación. En conclusión, se encontró relación significativa entre las variables: dolor, rigidez y limitación en la capacidad funcional, están frecuentemente relacionadas con la kinesiophobia en adultos mayores que padecen artrosis de rodilla.

Casahuaman, Runzer, Parodi (24) tuvieron como objetivo “Determinar si existe asociación entre el síndrome de caídas y la presencia de sintomatología depresiva en adultos mayores de once comunidades altoandinas, entre los años 2013 al 2017” El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, retrospectivo y analítico. Se utilizo la escala de Yesavage, la prueba de Alcance Funcional, la Short Physical Performance Battery (SPPB) y el índice de Barthel. Se encontró que el 35,23% de las caídas ocurrieron en personas que consumían alcohol. Además, se comprobó que los pacientes con una historia de caídas frecuentes presentaban un

menor rendimiento físico funcional y un alcance más bajo, y el 48,48% de estos pacientes tenían síntomas depresivos. En conclusión, los adultos mayores que presentan síntomas depresivos tienen 1,62 veces mayor riesgo de sufrir caídas durante la realización de sus actividades cotidianas.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Envejecimiento

A nivel global, la población de personas mayores ha mostrado un incremento. Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en el 2000 las personas de la tercera edad representaban el 10 % de la población global, y se estima que para el 2050 este porcentaje se duplique (25).

2.2.2. Síndromes geriátricos

Se trata de una condición no clínica del adulto mayor, determinada por diversas causas, por lo general, multifactorial y de origen diversa. La identificación y diagnóstico de estos síndromes pueden reducir el deterioro funcional y la pérdida de independencia. Entre los síndromes geriátricos más prevalentes en este grupo se encuentran la fragilidad, sarcopenia, pérdida de peso, riesgos de caída y demencia (26).

2.2.3. Riesgo de caídas

Según la OMS anualmente, uno de cada tres adultos mayores sufre al menos una caída. Este porcentaje aumenta significativamente en estudios realizados con adultos mayores de 80 años, alcanzando cifras cercanas al 50%. Además, se ha observado que alrededor del 25% de estas personas sufren más de una caída anual. Estos datos demuestran que las caídas

constituyen un grave problema de salud pública. Uno de los principales temores al cuidar a un familiar de edad avanzada es el riesgo de caídas (27).

2.2.2.1. Causas

- Dificultad para desplazarse, caminar o ponerse de pie.
- Alteraciones del equilibrio.
- Enfermedades crónicas, de larga duración.
- Alteraciones visuales.
- Polifarmacia.
- Calzado inseguro, alteraciones en los pies.
- Deterioro cognitivo leve o demencia.

Desafortunadamente, las caídas son las principales causas de deterioro funcional e incapacidad en los adultos mayores. Lo cual tiene un impacto significativo en la autonomía personal y la calidad de vida. Muchas caídas resultan en al menos alguna lesión, que puede variar desde contusiones hasta fracturas, e incluso, en algunos casos, pueden ser fatales. En efecto, las caídas representan la principal causa de mortalidad entre las personas de la tercera edad (28).

2.2.2.2. Escala de Tinetti

Fue diseñada con el objetivo de evaluar la marcha y el equilibrio en personas de la tercera edad. Para valorar la marcha, el evaluador sigue al paciente mientras camina y le formula preguntas vinculadas a su forma de desplazarse. En el caso del equilibrio, el entrevistador se posiciona de pie junto al individuo, tanto de frente como a su lado derecho, con el fin de observar y supervisar la ejecución de las pruebas. La escala otorga una puntuación máxima de 12 puntos en marcha y 16 puntos en equilibrio, alcanzando un total

máximo de 28 puntos. Se clasifica como riesgo alto de caídas cuando la puntuación es inferior a 19 puntos, riesgo moderado si se encuentra entre 19 y 23 puntos, y riesgo bajo o leve si la puntuación oscila entre 24 y 28 puntos (29).

Propósito fundamental de la Escala de Tinetti:

- Identificación del riesgo de caídas: Al ofrecer una evaluación detallada y estructurada del equilibrio y la marcha, la escala permite identificar a las personas con un alto riesgo de caídas. Las evaluaciones bajas reflejan un mayor riesgo, lo que es fundamental para implementar medidas preventivas adecuadas.
- Guía para intervenciones preventivas: Los resultados obtenidos en la escala pueden servir como guía para que los profesionales de la salud diseñen intervenciones adaptadas a las necesidades específicas de cada paciente, tales como ejercicios específicos, modificaciones en el entorno doméstico o ajustes en la medicación que puedan influir en la estabilidad y la marcha (30).

2.2.3. kinesiophobia

La kinesiophobia, conocida como el miedo al movimiento, es un término utilizado para describir el temor o aversión excesiva hacia el movimiento físico o el ejercicio. Las personas que padecen kinesiophobia suelen evitar cualquier tipo de actividad física o movimiento debido a un miedo irracional de que el movimiento pueda causarles daño o lesiones. Esta condición puede ser consecuencia de una experiencia traumática previa, lesiones pasadas, dolor crónico o incluso una percepción distorsionada de los riesgos asociados con el movimiento (31).

Además, puede verse influenciada por factores psicológicos como la depresión y la ansiedad, así como por el entorno social y cultural del adulto mayor. Es fundamental reconocer y abordar la kinesiophobia, ya que esta puede impactar negativamente en la calidad

de vida, restringiendo la capacidad para llevar a cabo tareas diarias y elevando el grado de dependencia en otros (7).

2.2.3.1. Escala de Tampa

Esta escala permite evaluar la kinesiofobia en el adulto mayor, es decir, el miedo al movimiento que experimentan. Está compuesto por 11 preguntas, cada ítem se califica del 1 al 4, donde 1 significa "totalmente en desacuerdo" y 4 "totalmente de acuerdo". Por lo tanto, una puntuación más baja indica un mejor resultado. La escala presenta una alta validez y confiabilidad en la población de estudio (32).

2.2.4. Depresión

La depresión en personas mayores es una condición que afecta significativamente su bienestar general. Se manifiesta a través de un estado continuo de tristeza, desinterés por actividades que antes eran agradables, problemas para conciliar el sueño, alteraciones en el apetito y reducción de energía. Además, puede ocasionar problemas de memoria y concentración, así como pensamientos suicidas (33).

2.2.3.1. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

Este instrumento está diseñado para evaluar la depresión y ha sido traducido y validado en múltiples idiomas, entre ellos el español. Fue desarrollado inicialmente por Brink y Yesavage en 1982 y está compuesto por 30 preguntas con respuestas dicotómicas de sí o no. En 1986, Sheikh y Yesavage crearon una versión reducida, donde consta de 15 preguntas. Esta versión conserva la eficacia de la herramienta original y resulta más práctica y sencilla de aplicar. Un resultado de 5 o más respuestas positivas sugiere la posible existencia de depresión, mostrando una sensibilidad y especificidad que varían entre el 80 % y el 95 %,

según las características de la población evaluada. Ambas versiones de la Escala de Depresión Geriátrica son herramientas altamente eficaces, la versión de 15 ítems aún puede resultar algo extensa para su aplicación rutinaria en entornos de atención ambulatoria. Ante esta situación, en 1999, T. Hoyl, C. Alessi, L. Rubenstein y sus colaboradores, crearon una versión reducida de 5 ítems que, en la población estadounidense, mostró una eficacia comparable a la versión de 15 preguntas, alcanzando una sensibilidad del 97 % y una especificidad del 85 % para identificar casos de depresión (34).

2.2.5. Riesgo de caídas y depresión

Se emplearon Tinetti para evaluar, riesgo de caídas y Yesavage para medir la depresión. Los hallazgos revelaron que el riesgo de caídas actúa como un factor predisponente para la aparición de depresión en los adultos mayores. Asimismo, se identificó que el uso de más de cuatro medicamentos constituye un factor de riesgo asociado a las caídas. En conclusión, se identificó una alta prevalencia de depresión en personas mayores que presentan caídas anteriormente. Este hallazgo sugiere una posible relación entre ambos factores, lo que refuerza la importancia de abordar tanto la salud mental como la prevención de caídas para el bienestar integral de los adultos mayores. Los factores relacionados con el riesgo de caídas incluyeron: el uso de ayudas biomecánicas, la depresión, los ingresos hospitalarios tras una caída, el consumo de más de cuatro medicamentos diarios y la edad (35).

2.2.6. Riesgo de caídas, kinesiophobia y depresión.

Varios estudios internacionales indican que existe una relación entre las tres variables mencionadas. En particular, señalan que la incidencia de caídas en el último año entre los residentes de hogares para adultos mayores alcanzó el 30,3%. Además, las personas que

sufren caídas tienden a presentar mayores niveles de kinesiophobia, ansiedad, miedo a caer y depresión (11).

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis General:

HI: Existe relación entre riesgo de caídas, kinesiophobia y depresión en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025.

H0: No existe relación entre riesgo de caídas, kinesiophobia y depresión en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025.

2.3.2. Hipótesis específicas

- HI: Existe relación entre equilibrio y kinesiophobia en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025.

H0: No existe relación entre equilibrio y kinesiophobia en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025.

- HI: Existe relación entre la marcha y kinesiophobia en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025.

H0: No existe relación entre la marcha y kinesiophobia en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025.

- HI: Existe relación entre equilibrio y Depresión en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025

H0: No existe relación entre equilibrio y Depresión en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025.

- HI: Existe relación entre la marcha y Depresión en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025.

H0: No existe relación entre la marcha y Depresión en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

Será hipotético-deductivo, el cual se basa en formulación de afirmaciones iniciales planteadas como hipótesis, teniendo como propósito refutarlas o verificarlas. A partir de estas hipótesis, se derivan conclusiones que deben ser contrastadas con la evidencia empírica obtenida (36).

3.2. Enfoque de la investigación

Cuantitativo, centrándose en recolección y el procesamiento de información numérica dando respuesta a las preguntas planteadas. Esta metodología se basa en la cuantificación de datos, el registro numérico y, en gran medida, en la utilización de herramientas estadísticas, con el objetivo de detectar y caracterizar de manera precisa los patrones de conducta observables en el grupo analizado (37).

3.3. Tipo de la investigación

Aplicada, porque su objetivo principal va a ser utilizar el conocimiento científico para identificar y aportar soluciones a una problemática concreta, específica y claramente identificada (38).

3.4. Diseño de la investigación

No experimental, porque su finalidad es realizar estudios sin manipular deliberadamente las variables, limitándose a observar los comportamientos para luego analizarlos. Además, tendrá un alcance correlacional, el objetivo del estudio es establecer la interacción entre dos o más variables dentro de un marco específico. También se empleará un

diseño de cohorte transversal, ya que los datos serán recolectados en una sola toma. El propósito del estudio es describir las variables involucradas y examinar su relación entre las variables en un momento específico (37).

3.5. Población, muestra y muestreo

3.5.1 Población

Contará con la participación de 60 adultos mayores que asistirán a la parroquia Jesús Artesano, ubicada en Jirón Carhuarazo 212, Chorrillos, Perú. En el mes de Junio del 2025.

3.5.2 Muestra y muestreo

Se realizará un muestreo censal, considerando los criterios de inclusión y exclusión, con un total de 60 adultos mayores. El estudio será censal, ya que abarcará el 100% de la población objetivo, compuesta por 60 adultos mayores. Se opta por este tipo de muestreo debido a que el número de adultos mayores es manejable, y los participantes seleccionados cumplirán con los criterios. Ramírez establece que el tipo de muestra censal es “aquella donde todas las unidades de investigación son consideradas como muestra” (39).

Criterios de inclusión

Adultos mayores:

- ✓ De 60 años a 85 años, de ambos sexos.
- ✓ Orientados en persona, tiempo y espacio.
- ✓ Que asistan y participen en una iglesia de Lima, en los grupos de oración.
- ✓ Que aceptan participar voluntariamente del estudio y que firmen el consentimiento informado.

- ✓ Que realicen marcha independiente.
- ✓ Hemodinámicamente estables.

Criterios de exclusión

Adultos mayores con:

- Alteraciones sordera severa.
- Ceguera severa.
- Deterioro cognitivo y/o mentales.
- Dependencia moderada, severa.
- Que no colaboren con la realización de los cuestionarios.

3.6. Variables y operacionalización

Variables (Anexo2):

V1 = RIESGO DE CAIDAS

V2 = KINESIOFOBIA

V3 = DEPRESION

INSTRUMENTOS:

Variable 1: Riesgo de Caídas = Escala de Tinetti

D1= Equilibrio D2= Marcha

Variable 2: Kinesiofobia = Escala de Tampa

Variable 3: Depresión = Escala de Yesavage

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

Se aplicará la técnica de observación mediante la escala de Tinetti, con el objetivo de evaluar tanto la marcha como el equilibrio. Este instrumento permitirá analizar de manera sistemática y estructurada las capacidades funcionales relacionadas con la movilidad y la estabilidad en los participantes (40).

Por otro lado, también se utilizará la técnica de encuesta, por medio de instrumentos validados; la encuesta es una herramienta que permite identificar, a través de un grupo representativo de individuos, patrones generales y relaciones entre múltiples variables. Esto se logra mediante un enfoque estandarizado de estímulo-respuesta, que garantiza uniformidad en la recolección de datos y facilita el análisis de tendencias o comportamientos en una población más amplia (40).

Así mismo para el Riesgo de caídas, se usará la escala de Tinetti, para la kinesiofobia se usará la Escala de Tampa y para la depresión, la Escala de yesavage.

3.7.2. Descripción de instrumentos.

Escala de Tinetti

Es una herramienta de valoración funcional también conocida como “Herramienta de valoración de la movilidad orientada al rendimiento” Se puede utilizar cuando existen limitaciones para desempeñar las actividades cotidianas, referente a la movilidad y capacidad de mantenerse de pie. La escala comprende dos dimensiones, las cuales son equilibrio y marcha. En relación con la evaluación del equilibrio, el ítem contempla tareas como levantarse de una posición sentada, mantenerse en posición erguida, sentarse nuevamente y

mantener la estabilidad después de recibir un impulso o empujón. En cuanto a la marcha, esta comprende tareas: caminar 8 metros a un ritmo normal y volver al punto de partida a un paso más rápido. Además, se examinan elementos como el inicio del movimiento, la longitud y altura de los pasos, la simetría y continuidad del desplazamiento, la trayectoria seguida, la posición del tronco y la postura durante el recorrido. Esta escala ha resultado efectiva para detectar el riesgo de caídas; sin embargo, muestra un efecto significativo en las personas de la tercera edad independientes, que poseen un elevado nivel de funcionalidad, así como una limitada sensibilidad para detectar cambios sutiles (41).

Ficha técnica Escala de Tinetti

Nombre: Escala Observacional de Tinetti
Autor: Dra. Mary Tinetti et al. 1987
Población: Adultos mayores
Tiempo: No señala
Momento: Pacientes, quienes tenían independencia en su movilidad con ciertas alteraciones en marcha y equilibrio. (42)
Lugar: Centro de reposo
Validez: Juicio de expertos
Fiabilidad: Alpha de Cronbach de 0,95 (42)
Tiempo de llenado: 8 – 10 minutos
Número de ítems: 16 ítems
Dimensiones: Marcha y equilibrio
Alternativas de respuesta: Puntos: (0) (1) (2)
Baremos (niveles, grados) de la variable: De 1 – 18 puntos: Alto riesgo de caídas. De 19 a 24 puntos: Moderado riesgo de caídas.

De 25 a 28 puntos: Bajo o leve riesgo de caídas.

Escala de Tampa

Fue adaptado al español en 2011, con algunas modificaciones. De las 17 preguntas originales, se excluyeron 6: 4, proporcionaban información inversa del miedo al movimiento, y 2 indicaban algún grado de catastrofismo en la investigación. Como resultado, el cuestionario se redujo a 11 preguntas, con un puntaje mínimo de 11 y un puntaje máximo de 44. El cuestionario original, de 17 preguntas, aborda aspectos relacionados con los síntomas y sus respuestas están de 1 a 4 puntos (43).

Ficha técnica Escala de Tampa

Nombre: Escala de Tampa para la Kinesiofobia (Tampa Scale of Kinesiophobia, TKS)
Autor: Miller, Robert P.; Kori, Shashidar H.; Todd, Dennis D.
Población: Individuos con dolor lumbar crónico y pacientes con fibromialgia. (44)
Tiempo: No se menciona
Momento: Después de ser remitidos a la Unidad de dolor (44)
Lugar: Unidad de dolor del Hospital Universitario de Maastricht
Validez: Fue validado por juicio de expertos
Validez Predictiva: Coeficiente de correlación moderado con las pruebas de rendimiento físico. La validez concurrente es moderada, variando de $r(s) = 00.33$ a 0.59 .
Fiabilidad: Se obtuvo un alfa de 0.89, lo cual es confiable (44)
Tiempo de llenado: 5-10 minutos
Número de ítems: 11 ítems
Dimensiones: -
Alternativas de respuesta:
1 = Totalmente en desacuerdo
2 = Parcialmente en desacuerdo

3 = Parcialmente de acuerdo
4 = Totalmente de acuerdo
Baremos (niveles, grados) de la variable: Nivel bajo: 11-27
Nivel alto: 28-44

Escala de Yesavage

Creada por Jerome A. Yesavage en 1983, incluye un total de 30 preguntas en su versión original (GDS-30). De estas, 20 ítems están diseñados para medir la presencia de síntomas depresivos, mientras que los otros ítems son de tipo inverso, con respuestas que se limitan a "sí" o "no". Los umbrales establecidos señalan la existencia de un trastorno depresivo cuando la puntuación supera los 11 puntos, con un máximo de 30 que indica un riesgo elevado. La versión reducida de 15 ítems (GDS-15) mantiene propiedades psicométricas y de fiabilidad comparables a la escala completa. No obstante, en esta versión se excluyen ciertos ítems que aluden directamente a síntomas depresivos, lo que podría reducir su capacidad de detección precisa. Esta versión permite una evaluación más rápida, manteniendo una alta confiabilidad (45).

Ficha técnica Escala de Yesavage

Nombre: Escala de Depresión Geriátrica (GDA) (46)
Autor: Brink, Yesavage, Lun, Heer Sena, Adey y Rose
Población: Adultos mayores
Tiempo: A lo largo del año 1999 (46)
Momento: Fueron reclutados de las consultas médicas y de enfermería de forma aleatoria
Lugar: Centro de Salud de Azahara (Córdoba) (46)
Validez: son altos, siendo así que se obtuvo 0.81 con la prueba de Spearman-Brown y obtuvo una consistencia interna de 0.86 con la prueba Kuder Richardson. (47)

Fiabilidad: Interobservador e intraobservador, medidas a través del índice de Kappa ponderado, obtuvo valores de 0,655 ($p < 0,001$) (46) Alfa de Cronbach = 0.71 (47)	
Tiempo de llenado: 5 a 7 minutos	
Número de ítems: 15 ítems	
Dimensiones: -	
Alternativas de respuesta: -	
Baremos (niveles, grados) de la variable:	0-5 puntos = No depresión 6-9 puntos = Probable depresión 10-15 puntos = depresión establecida

3.7.3. Validación

Los instrumentos que se emplearan en la investigación son 3 de las cuales son:

La escala de Tinetti fue validada por Rodríguez y colaboradores para la población colombiana, obteniendo un coeficiente alfa de Cronbach de 0,95 y una varianza de 13,89. En Perú, Gálvez y su equipo, en un estudio realizado con adultos mayores del Hospital Cayetano Heredia para evaluar la evaluación entre el Test "Get Up and Go" y el Test de Tinetti, encontraron un índice de concordancia Kappa de 0,81. ($p < 0,001$) (42).

La Escala de Tampa muestra una validez de constructo que se correlaciona de manera moderada con las medidas de miedo asociadas al dolor y la discapacidad en individuos que padecen dolor lumbar crónico (CLBP). En términos de validez predictiva, también presenta una correlación moderada con las evaluaciones de rendimiento físico. Asimismo, la validez concurrente se clasifica como moderada, con valores que varían de $r(s) = 0.33$ a 0.59 (44).

La Escala de Yesavage muestra altos índices de validez y confiabilidad. Se obtuvo un coeficiente de 0,81 al aplicar la prueba de Spearman-Brown, obteniéndose un coeficiente de

0,86 en la evaluación de la consistencia interna mediante la prueba de Kuder-Richardson.

Además, el coeficiente de correlación de Pearson fue de 0,67, lo que refleja una relación positiva y robusta, respaldando de esta manera la validez del instrumento analizado.

Adicionalmente, la confiabilidad de los datos se analizó a través del Alfa de Cronbach, que arrojó un valor de 0,71 (47).

3.7.4. Confiabilidad

La Escala de Tinetti presenta una confiabilidad inter e intra observador, con un valor de Kappa ponderado que oscila entre 0.4 y 0.6, y entre 0.6 y 0.8. Además, el coeficiente del Alpha de Cronbach fue de 0.91 (42).

La Escala de Tampa, es un instrumento confiable con un Alpha de Cronbach de 0.89 (44).

La confiabilidad se ha examinado mediante diversos métodos, y los valores obtenidos son generalmente muy altos, alcanzando 0,94 en consistencia interna, 0,94 con el método de las dos mitades y 0,85 en la confiabilidad test-retest (10).

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Se reunirá a los adultos mayores en el patio de una parroquia de Chorrillos, Lima, se le explicará en que consiste las evaluaciones, previo se les hará firmar el consentimiento informado. Luego se procederá a entregar las encuestas y a realizar la aplicación del instrumento de evaluación.

Una vez recolectados los datos, se utilizará el programa Microsoft Excel, en donde se va a transferir toda la información recaudada de los pacientes. Después de codificar los datos adecuadamente, se transferirán al software estadístico SPSS V25 para su análisis. Para evaluar la relación entre las variables, se empleará la prueba exacta de Fisher.

3.9. Aspectos éticos

Se llevará a cabo conforme a los requisitos establecidos por la Universidad Norbert Wiener, cumpliendo con las normativas nacionales e internacionales sobre investigaciones en seres humanos. Se tendrá en cuenta el Código de Nuremberg, el cual subraya la importancia del consentimiento del participante, que podrá ser suspendido o revocado en cualquier momento por decisión de este. De acuerdo con lo mencionado, el estudio adherirá a las normas éticas de la Declaración de Helsinki sobre investigación médica en humanos, respetando los principios fundamentales de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia (48).

Se asegurará la confidencialidad y protección de los datos personales de los pacientes que opten por participar en la investigación, en cumplimiento de lo dispuesto por la Ley N°29733 "Ley de Protección de Datos Personales". Además, se respetará la autoridad de la información bibliográfica, cumpliendo con los requisitos de la universidad Norbert Wiener, el trabajo de investigación pasará por comité de ética y luego se aplicará el Software anti-plagio (Turnitin), esto significa que la coincidencia con otros estudios no debe exceder el 20 %, y como máximo solo el 4 % de las fuentes primarias utilizadas pueden ser compartidas (49).

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Cronograma de Actividad.

N	Actividad	2024					2025						
		May	Jun	Jul	Ago	Nov	Ene	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Set
1	Elaboración del diseño del proyecto de investigación	X	X	X	X	X							
2	Validación de los instrumentos de recolección de datos						X						
3	Solicitudes para la recolección de datos							X	X				
4	Recolección de los datos									X			
5	Análisis de la información									X			
6	Redacción de resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones									X	X		
7	Elaboración del Informe final										X		
8	Correcciones del Informe Final										X		
10	Redacción de artículo científico											X	
11	Sustentación											X	
12	Publicación en revista indexada												X

4.2. Presupuesto

4.2.1 Recursos Humanos

Recursos	Unidades	Costo unitario	Costo total
Investigador	0	0	0

Fuente: Elaboración propia

4.2.2 Bienes

Bienes	Unidades	Costo unitario	Costo total
Hojas	350	S/10.00	S/10.00
Lapiceros	2	S/2.00	S/4.00
Resaltador	1	S/4.00	S/4.00
USB	1	S/55.00	S/55.00
Fotocopias	300	S/0.10	S/30.00
Folder	4	S/2.00	S/8.00
Total			S/111.00

Fuente: Elaboración propia

4.2.3 Servicios

Servicios	Costos	Unidades	Costo total
Transporte	20	S/1.00	S/20.00
Alimentación	10	S/15.00	S/150.00
Internet	500 horas	S/40.00	S/40.00
Total			S/210.00

Fuente: Elaboración propia

Total

Recursos	S/0.00
Bienes	S/111.00
Servicios	S/210.00
Total	S/321.00

Fuente: Elaboración propia

5. REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. OMS. Envejecimiento y Salud. [Internet]. 2022 [citado 07/05/2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Baldeón P, Luna C, Mendoza S, Correa L. Depresión del adulto mayor peruano y variables sociodemográficas asociadas: análisis de ENDES 2017. Revista de la Facultad de Medicina Humana [Internet]. Oct 2019 [citado 07/05/2024]; 19(4):47-52. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312019000400008
3. Organización Mundial de la Salud. OMS. Caídas [Internet]. 2021 [citado 07/05/2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
4. Instituto Nacional de Salud Pública. Gobierno de México. Caídas en personas adultas mayores [Internet]. 2023 [citado 07/05/2024]. Disponible en: <https://www.insp.mx/avisos/caidas-en-personas-adultas-mayores>
5. Seguro Social de Salud. EsSalud advierte del peligro de caídas en adultos mayores que pueden causar discapacidad permanente incluso la muerte [Internet]. 2022 [citado 07/05/2024]. Disponible en: <https://andina.pe/agencia/noticia-essalud-caidas-adultos-mayores-pueden-causar-discapacidad-permanente-incluso-muerte-886098.aspx>
6. Sertel M, Aydoğan S, Tütün E, Demirci C, Tarsuslu T. Investigation of the relationship between physical activity, kinesiophobia and fear of falling in older adults with chronic pain. Somatosensory & Motor Research [Internet]. Jul 2021 [citado 9/05/2024]; 38(3):241-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34334097/>

7. Bojanich M. Frecuencia de kinesiofobia con lumbalgia hospital Santa Rosa 2023 [Internet]. Universidad Nacional Federico Villarreal; 2024 [citado 12/12/2024]. Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/8869>
8. García V. Nivel de depresión en los adultos mayores del centro de salud mental comunitario San Alfonso-Paita [Internet]. Universidad Nacional de Trujillo; 2024 [citado 17/03/2025]. Disponible en: <https://dspace.unitru.edu.pe/server/api/core/bitstreams/26289641-eea3-4a38-8104-b29a8e1ed200/content>
9. Organización Mundial de la Salud. OMS. Salud mental de los adultos mayores [Internet]. 2023 [citado 07/05/2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
10. Organización Mundial de la Salud. OMS. Depresión [Internet]. 2023 [citado 07/05/2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
11. Yükselmis O. La relación de la kinesiofobia con depresión y ansiedad en residencias de ancianos. European Review for Medical and Pharmacological Sciences [Internet]. 2023 [citado 07/05/2024]; 27:2305-2313. Disponible en: <https://www.europeanreview.org/wp/wp-content/uploads/2305-2313-1.pdf>
12. Herreras J, Bravo S. Association of sociodemographic characteristics and level of kinesiophobia in the elderly adults with non-specific lumbar pain, Cañete, Lima – Perú, 2019. Gicos [Internet]. 2019 [citado 07/05/2024]; 4(2):43-51. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7210384>

13. Lima F, Alves C, Correa P, Dos Santos A. Comparativo da especificidade das escalas de Tinetti e SPPB na avaliação de idosos saudáveis e com disfunções neuromotoras no sul de Goiás. *Con Scientiae Saúde* [Internet]. Mar 2024 [citado 09/08/2024]; 23(1):1-14, e24121. Disponible en: file:///C:/Users/User/Downloads/24121_PT.pdf
14. Damar H, Bilik Ö, Baksi A, Akyil Ş. Examining the relationship between elderly patients' fear of falling after spinal surgery and pain, kinesiophobia, anxiety, depression and the associated factors. *Geriatr Nurs (Minneap)* [Internet]. Sep 2021 [citado 10/04/2024]; 42(5):1006-11. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.06.010>
15. Rodriguez C, Lugo L. Validez y confiabilidad de la Escala de Tinetti para población colombiana. *Asociación Colombiana de Reumatología* [Internet]. 2012 [citado 17/08/2024]; 19(4). Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-673535>
16. Gonzalez A, Sotomayor M. Nivel de kinesiophobia en adultos mayores del Hospital Geriátrico PNP San José, durante el 2018 [Internet]. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 2019 [citado 09/05/2024]. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/2979>
17. Lopez K, Couch A, Perez E, Tun J, Barrero C. Relación entre kinesiophobia y capacidad funcional del adulto mayor con osteoartritis de rodilla. *Rev Med Uady* [Internet]. Oct 2021 [citado 09/05/2024]; 8(1):45-55. Disponible en: <https://revista.medicina.uady.mx/revista/index.php/cienciayhumanismo/article/view/165>
18. Acelas P, Carolina D, Augusto C, Autónoma de Aguascalientes U. Prevalencia de depresión en adultos mayores de una comunidad de Veracruz, México. *Lux Medica* [Internet]. 2024 [citado 07/08/2024]; 19(56). Disponible en: <https://revistas.uaa.mx/index.php/luxmedica/article/view/4536/4083>

19. Campiño S, Serna A, Ayala I. Riesgo de caídas y su relación con la capacidad física y cognitiva, en una residencia de adultos mayores de Santiago de Chile. *Rev Cult Cuid Enferm* [Internet]. 2020 [citado 08/08/2024];17(2):61-74. Disponible en: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/cultura/article/view/7658/6747>
20. Gutiérrez E, Meneses A, Andrés P, Gutiérrez A, Padilla A. Utilidad de las escalas de Downton y de Tinetti en la clasificación del riesgo de caída de adultos mayores en la atención primaria de salud. *Acta Médica del Centro* [Internet]. 2021 [citado 09/08/2024]; 16(1). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec-2022/mec2211.pdf>
21. Casca L, González M. Fragilidad y riesgo de caídas en adultos mayores de bajos ingresos, Lima 2021. *Rev Hered Rehabil* [Internet]. Ago2022 [citado 09/05/2024]; 5(1):8-13. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RHR/article/view/4256/4828>
22. De la Cruz J, Camacho H. Dolor, rigidez y funcionalidad asociada a kinesiofobia en pacientes con osteoartritis de rodilla, Hospital Nacional Hipólito Unanue, Perú. *Rev Cienc Salud Bogotá* [Internet]. Ago 2021 [citado 23/02/2025]; 20:1-12. Disponible en: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/10320/10703>
23. Casahuaman L, Runzer F, Parodi J. Asociación entre síndrome de caídas y síntomas depresivos en adultos mayores de once comunidades altoandinas del Perú 2013-2017. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. Abr 2019 [citado 16/08/2024]; 82(1):11-18 Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v82n1/a03v82n1.pdf>
24. Espinosa H, Abril V, Encalada L. Prevalencia de malnutrición y factores asociados en adultos mayores del cantón Gualaceo, Ecuador. *Rev Chil Nutr* [Internet]. Dic 2019 [citado 06/08/2024]; 1;46(6):675-82. Disponible en: https://scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182019000600675&script=sci_abstract&tlng=e

25. Parada K, Rodríguez M, Otoyá F, Loaiza K, León S. Síndromes geriátricos: caídas, incontinencia y deterioro cognitivo. *Rev Hisp Cienc Salud* [Internet]. 2020 [citado 17/08/2024]; 6(4):201-10. Disponible en: <https://uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/450/281>
26. Valdeluz Mayores. VHM Servicios Sociosanitarios, SL. Riesgo de caídas [Internet]. 2020 [citado 16/08/2024]. Disponible en: <https://www.valdeluz.com/noticias/riesgo-de-caidas/>
27. MedlinePlus en español. Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.). Evaluación del riesgo de caídas [Internet]. 2024 [citado 16/08/2024]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/evaluacion-del-riesgo-de-caidas/>
28. Carballo A, Gómez J, Casado I, Ordás B, Fernández D. Estudio de prevalencia y perfil de caídas en ancianos institucionalizados. *Gerokomos* [Internet]. 2018 [citado 16/08/2024]; 29(3):110-6. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v29n3/1134-928X-geroko-29-03-00110.pdf>
29. Valdeluz Mayores. Entendiendo la Escala Tinetti: claves para mejorar la marcha y el equilibrio de las personas mayores. VHM Servicios Sociosanitarios, SL [Internet]. 2020 [citado 16/08/2024]. Disponible en: <https://www.valdeluz.com/noticias/escala-tinetti-2/>
30. Huambo F, Pacheco G, Sarmiento D. Intensidad del dolor y kinesiofobia en pacientes postoperados de rodilla de la Clínica San Juan de Dios - Arequipa en el 2022 [Internet]. Perú: Universidad Continental; 2023 [citado 16/08/2024]. Disponible en: <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/12995>

31. Núñez J. Relación entre kinesiofobia, capacidad al ejercicio y funcionalidad en pacientes con Parkinson y congelación de la marcha en "On". Eur J Health Res [Internet]. Ene 2021 [citado 16/08/2024]; 7(1):1-14. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7815830>
32. Reyna L, Peña E, Pérez R, Lorenzo L, Molina D, Aparicio J. Depresión en adultos mayores del municipio de Mochitlán, Guerrero (Mexico). Univ Salud [Internet]. Dic 2023 [citado 07/08/2024]; 25(3):56-62. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v25n3/2389-7066-reus-25-03-56.pdf>
33. Hoyl T, Valenzuela E, Marín P. Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. Rev Méd Chile [Internet]. 2000 [citado 16/08/2024]; 128(11):1199-204. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872000001100003
34. García B. Análisis de la depresión, uso de medicamentos y riesgo de caída en población anciana válida no institucionalizada [Internet]. 2018 [citado 18/08/2024]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=171479>
35. Bernal C. Metodología de la investigación [Internet]. 3ra ed. Colombia: Pearson; 2010 [citado 16/08/2024]; 2-305 p. Disponible en: <https://abacoenred.org/wp-content/uploads/2019/02/El-proyecto-de-investigaci%C3%B3n-F.G.-Arias-2012-pdf.pdf>
36. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación [Internet]. 5ta ed. México: McGraw-Hill; 2010 [citado 16/08/2024]. Disponible en: <https://www.smujerescoahuila.gob.mx/wp-content/uploads/2020/05/Sampieri.Met.Inv.pdf>

37. Arispe C, Yangali J, Guerrero M, Rivera O, Acuña L, Arellano C. La investigación científica [Internet]. Primera edición. Universidad Internacional de Ecuador, editor. Ecuador; 2020 [citado 16/08/2024]; 7-130 p. Disponible en: <https://repositorio.uide.edu.ec/handle/37000/4310>
38. Yauris W, Valle F, Zuñiga Y. Experiencia en la mejora de las habilidades sociales en estudiantes de educación secundaria padre sustituto, provincia Andahuaylas, Perú. J Acad [Internet]. 2020 [citado 16/08/2024]; 2:11-9. Disponible en: <https://journalacademy.net/index.php/revista/article/view/8/6>
39. Moreno A, Gallardo Y. Aprender a investigar [Internet]. ICFES, editor. Bogotá: ICFES; 1999 [citado 30/08/2024]. 5-152 p. Disponible en: <https://academia.utp.edu.co/grupobasicoclinicayaplicadas/files/2013/06/2.-La-Investigaci%C3%B3n-APRENDER-A-INVESTIGAR-ICFES.pdf>
40. Moreta D. Evaluación del equilibrio y la marcha utilizando la escala de Tinetti para prevenir el riesgo de caídas en adultos mayores del hogar de ancianos Instituto Estupiñan de la ciudad de Latacunga de 66 a 95 años durante el periodo Enero - Febrero del 2021 [Internet]. [Quito]: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2021 [citado 07/09/2024]. Disponible en: <https://repositorio.puce.edu.ec/items/c341b530-a164-40ec-be52-960977a5a6fb>
41. Garcia D. Riesgo de caídas y la alteración de la sensibilidad exteroceptiva en el adulto mayor en el centro de atención residencial mixto del adulto mayor «San Pedro» - CARMAMSP, 2021 [Internet]. Universidad Privada de Tacna; 2021 [citado 30/08/ 2024]. Disponible en: <https://repositorio.upt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12969/2106/Garcia-Quispe-Diego.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

42. Gonzales B, Terrazas P. Asociación entre Kinesiofobia y discapacidad en pacientes con dolor lumbar inespecífico del área de algias de un hospital de Lima, 2017 [Internet]. Universidad Norbert Wiener; 2017 [citado 07/09/2024]. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/6ae3dbf5-ca95-4164-b54a-bdf9af5f1500/content>
43. Tipula M. Kinesiofobia e incapacidad funcional en pacientes con lumbalgia del centro de rehabilitación física neurológica - Cerfineuro, 2021 [Internet]. Universidad Norbert Wiener; 2021 [citado 07/09/2024]. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/5e03ee9b-3a59-4d5e-8bcb-bf9a41c73d24/content>
44. Grande C. Relación entre la depresión y la dependencia funcional del adulto mayor en el albergue casa de todos - Palomino - 2022 [Internet]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2022 [citado 07/09/2024]. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/a90e1a17-27f5-43d2-85bc-358c7bfb3643/content>
45. Martinez J, Onis C, Dueñas R, Luque R, Aguado C, Albert C. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. MEDIFAM [Internet]. Dic 2002 [citado 07/09/2024]; 12:620-30. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n10/original2.pdf>
46. Caldas S, Correa M. Depresión y Deterioro Cognitivo en Personas Adultas Mayores de una residencia geriátrica [Internet]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2019 [citado 07/09/2024]. Disponible

en: <https://repositorio.urp.edu.pe/server/api/core/bitstreams/b875d700-c716-496d-8bcd-30258fdf8128/content>

47. Fernández C. Propiedades Psicométricas de la Escala de Depresión Geriátrica en los Programas Integrales del Adulto Mayor de Trujillo [Internet]. Universidad César Vallejo; 2016 [citado 07/09/2024]. Disponible en:

<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/262>

48. Mager F, Galandini S. Ética de la investigación: una guía práctica ¿Por qué son importantes estas directrices? [Internet]. Nov 2020 [citado 10/09/2024] Disponible en: Research Ethics: A practical guide - Oxfam Policy & Practice

49. Rivera O, Yangali J. Guía de investigación cuantitativa 2023 [Internet]. Lima; Universidad Norber Wiener; Feb 2023 [citado 09/09/2024]. Disponible en: <https://www.uwiener.edu.pe/wp-content/uploads/2022/09/guia-elaboracion-tesis-cuantitativo-2.pdf>

50. Romano E, Rodriguez G, Hernandez E. Incidencia y características de las caídas en un hospital de cuidados intermedios de Barcelona. Gerokomos [Internet]. Mayo 2017 [citado 29/08/2024]; 28:78-82. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n2/1134-928X-geroko-28-02-78.pdf>

51. Soler M. Kinesiofobia o miedo al movimiento. Medical centre of excellence [Internet]. 2018 [citado 29/08/2024]. Disponible en: <https://www.clinicacentro.com/medicina-deportiva/psicologia-deportiva/kinesiofobia/>

52. Gastó C, Navarro V. La depresión [Internet]. Barcelona: Hospital Clínic de Barcelona; 2007 [citado 23/08/2024]; p. 1-35. Disponible

en: <https://consaludmental.org/publicaciones/DvdDepresion.pdf>

Anexo 1: Matriz de consistencia

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p>Pregunta General ¿Cuál es la relación entre riesgo de caídas, kinesiofobia y depresión en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025?</p> <p>Preguntas Específicas ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025?</p> <p>¿Cuál es el nivel del riesgo de caída en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025?</p> <p>¿Cuál es el nivel de Kinesiofobia en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025?</p> <p>¿Cuál es el nivel de depresión en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025?</p> <p>¿Cómo se relaciona equilibrio con kinesiofobia en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025?</p>	<p>Objetivo General Determinar la relación entre riesgo de caídas, kinesiofobia y depresión en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025.</p> <p>Objetivos Específicos Describir las características sociodemográficas de los adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025.</p> <p>Identificar el nivel del riesgo de caída en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025.</p> <p>Identificar el nivel de kinesiofobia en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025.</p> <p>Identificar el nivel de depresión en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025.</p>	<p>Hipótesis General HI: Existe relación entre riesgo de caídas, kinesiofobia y depresión en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025. H0: No existe relación entre riesgo de caídas, kinesiofobia y depresión en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025.</p> <p>Hipótesis específicas HI: Existe relación entre equilibrio y kinesiofobia en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025. H0: No existe relación entre equilibrio y kinesiofobia en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025.</p> <p>HI: Existe relación entre la marcha y kinesiofobia en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025. H0: No existe relación entre la marcha y kinesiofobia en</p>	<p>Variable 1 Riesgo de Caídas</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> Equilibrio Marcha <p>Variable 2 Kinesiofobia</p> <p>Variable 3 Depresión</p>	<p>Metodología de la investigación: Hipotético Deductivo</p> <p>Enfoque de la investigación: Cuantitativo</p> <p>Tipo: Aplicada</p> <p>Diseño de la investigación: No experimental</p> <p>Alcance correlacional</p> <p>Cohorte transversal</p> <p>Población: El presente estudio contará con la participación de los 60 adultos mayores que asistirán en una parroquia en Lima, Perú. En el mes de junio del 2025.</p>

¿Cómo se relaciona la marcha con kinesiofobia en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025?

Determinar la relación entre equilibrio y kinesiofobia en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025.

adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025.

HI: Existe relación entre equilibrio y Depresión en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025.

H0: No existe relación entre equilibrio y Depresión en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025.

HI: Existe relación entre la marcha y Depresión en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025.

H0: No existe relación entre la marcha y Depresión en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025.

¿Cómo se relaciona equilibrio con Depresión en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025?

Determinar la relación entre la marcha y kinesiofobia en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025.

¿Cómo se relaciona la marcha con Depresión en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025?

Determinar la relación entre equilibrio y Depresión en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025.

Determinar la relación entre la marcha y Depresión en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025.

Muestra y muestreo

Se realizará un muestreo censal, tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. Siendo el total de la muestra 60 participantes.

Instrumento 1:

Escala de Tinetti

Técnica:

Observación

Instrumento 2:

Escala de Tampa

Técnica:

Encuesta

Instrumento 3:

Escala de Yesavage

Técnica:

Encuesta

Anexo 2. Matriz de operacionalización de variables

Variable 1: Escala de Tinetti

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (niveles y rangos)
Riesgo de caída	Las caídas son eventos involuntarios que provocan la pérdida del equilibrio, resultando en que el cuerpo toque el suelo o cualquier otra superficie. En las personas mayores, las caídas suponen uno de los grandes síndromes geriátricos y son una causa importante de morbimortalidad y, por tanto de afectación de la calidad de vida del anciano. (50)	Se va a evaluar la marcha y el equilibrio con los diversos indicadores, lo que nos va a determinar si el adulto mayor tiene riesgo de caída, de acuerdo a la puntuación.	Equilibrio	<ol style="list-style-type: none"> 1. Equilibrio sentado (0) (1) 2. Levantarse (0) (1) (2) 3. Intentos para levantarse (0) (1) (2) 4. Equilibrio en bipedestación inmediata (los primeros 5 segundos) (0) (1) (2) 5. Equilibrio en bipedestación (0) (1) (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. (0) (1) (2) 7. Ojos cerrados (en la posición 6) (0) (1) 8. Vuelta de 360 grados (0) (1) 	Ordinal	De 1 – 18 puntos: Alto riesgo de caídas. De 19 a 24 puntos: Moderado riesgo de caídas. De 25 a 28 puntos: Bajo o leve riesgo de caídas.

- Marcha
9. Sentarse
(0) (1) (2)

 1. Iniciación de la marcha (inmediatamente después de decir que ande)
(0) (1)
 2. Longitud y altura de paso
(0) (1)
 3. Simetría del paso
(0) (1)
 4. Fluidez del paso
(0) (1)
 5. Trayectoria (observar el trazado que realiza uno de los pies durante unos 3 metros)
(0) (1) (2)
 6. Tronco
(0) (1) (2)
 7. Postura al caminar
(0) (1)

Variable 2: Escala de Tampa

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (niveles y rangos)
kinesiofobia	La kinesiofobia es el miedo patológico a realizar ciertos movimientos que puedan provocar dolor o que puedan empeorar una lesión previa, y que lleva a los pacientes a limitar ciertas actividades físicas y sociales. (51)	Mide el miedo al movimiento, en adultos mayores, está constituido por 11 preguntas.		<ol style="list-style-type: none"> 1.- Tengo miedo a lesionarme si hago ejercicio físico. 2.- Si me dejara vencer por el dolor, el dolor aumentaría. 3.- Mi cuerpo me está diciendo que tengo algo serio. 4.- Tener dolor siempre quiere decir que en el cuerpo hay una lesión. 5.- Tengo miedo a lesionarme sin querer. 6.- Lo más seguro para evitar que aumente el dolor es tener cuidado y no hacer movimientos innecesarios. 7.- No me dolería tanto si no tuviese algo serio en mi cuerpo. 8.- El dolor me dice cuándo debo parar la actividad para no lesionarme. 9.- No es seguro para una persona con mi enfermedad hacer actividades físicas. 10.- No puedo hacer todo lo que la gente normal hace porque me podría lesionar con facilidad. 11.- Nadie debería hacer actividades físicas cuando tiene dolor. 	Ordinal	<p>Nivel bajo:</p> <p>11-27</p> <p>Nivel alto:</p> <p>28-44</p>

Variable 3: Escala de yesavage

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (niveles y rangos)
Depresión	La depresión es el trastorno psiquiátrico más común, afectando a alrededor del 20% de las personas en el transcurso de su vida. El 70% de los pacientes con depresión son mujeres. Puede sufrirse una depresión a cualquier edad. (52)	Mide el grado de depresión en adultos mayores, a través de un cuestionario que tiene 15 preguntas.		1.- ¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida? 2.- ¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas? 3.- ¿Siente que su vida está vacía? 4.- ¿Se siente aburrido frecuentemente? 5.- ¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo? 6.- ¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar? 7.- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? 8.- ¿Se siente con frecuencia desamparado? 9.- ¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas? 10.- ¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad? 11.- ¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo? 12.- ¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente? 13.- ¿Se siente lleno de energía? 14.- ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual? 15.- ¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted?	Ordinal	Puntos de Corte: 0-5 puntos = No depresión 6-9 puntos = Probable depresión 10-15 puntos = depresión establecida

Características sociodemográficas.

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (niveles y rangos)
Características sociodemográficas	Las características sociodemográficas, son aquellas características propias de una población que se divide según grupos de edad y sexo, clasificadas como masculino y femenino.	Enfocado en las características físicas de los adultos mayores para una adecuada identificación.	Edad	¿Cuántos años cumplidos tiene?	Ordinal	Entre 60 a 85 años
			Sexo	¿Cuál es su género según su DNI?	Nominal	Femenino Masculino

Fuente: Elaboración propia

Anexo 3: Instrumentos

ESCALA DE TINETTI

EQUILIBRIO

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

1. Equilibrio sentado PUNTOS

Se inclina o se desliza en la silla 0

Se mantiene seguro 1

2. Levantarse PUNTOS

Imposible sin ayuda 0

Capaz, pero usa los brazos para ayudarse 1

Capaz de levantarse de un solo intento 2

3. Intentos para levantarse PUNTOS

Incapaz sin ayuda 0

Capaz pero necesita más de un intento 1

Capaz de levantarse de un solo intento 2

4. Equilibrio en bipedestación inmediata (los primeros 5 segundos) PUNTOS

Inestable (se tambalea, mueve los pies), marcado balanceo del tronco 0

Estable pero usa el andador, bastón o se agarra u otro objeto para mantenerse 1

Estable sin andador, bastón u otros soportes	2
----------------------------------------------	---

5. Equilibrio en bipedestación	PUNTOS
--------------------------------	--------

Inestable	0
-----------	---

Estable, pero con apoyo amplio (talones separados más de 10 cm) o usa bastón u otro soporte	1
---------------------------------------------------------------------------------------------	---

Apoyo estrecho sin soporte	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 6)	PUNTOS
-------------------------------------	--------

Inestable	0
-----------	---

Estable	1
---------	---

8. Vuelta de 360 grados	PUNTOS
-------------------------	--------

Pasos discontinuos	0
--------------------	---

Continuos	1
-----------	---

Inestable (se tambalea, se agarra)	0
------------------------------------	---

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

PUNTUACIÓN EQUILIBRIO: 16

MARCHA

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)

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

PUNTUACIÓN MARCHA: 12 PUNTUACIÓN TOTAL: 28

CUESTIONARIO TSK-11SV

Tampa Scale for Kinesiophobia (Spanish adaptation. Gómez-Pérez, López-Martínez y Ruiz-Párraga, 2011)

INSTRUCCIONES: a continuación se enumeran una serie de afirmaciones. Lo que Ud. ha de hacer es indicar hasta qué punto eso ocurre en su caso según la siguiente escala:

	1.	2.	3.	4.
	Totalmente en desacuerdo Totalmente de acuerdo			
1. Tengo miedo de lesionarme si hago ejercicio físico.	1	2	3	4
2. Si me dejara vencer por el dolor, el dolor aumentaría.	1	2	3	4
3. Mi cuerpo me está diciendo que tengo algo serio.	1	2	3	4
4. Tener dolor siempre quiere decir que en el cuerpo hay una lesión.	1	2	3	4
5. Tengo miedo a lesionarme sin querer.	1	2	3	4
6. Lo más seguro para evitar que aumente el dolor es tener cuidado y no hacer movimientos innecesarios.	1	2	3	4
7. No me dolería tanto si no tuviese algo serio en mi cuerpo.	1	2	3	4
8. El dolor me dice cuándo debo parar la actividad para no lesionarme.	1	2	3	4
9. No es seguro para una persona con mi enfermedad hacer actividades físicas.	1	2	3	4
10. No puedo hacer todo lo que la gente normal hace porque me podría lesionar con facilidad.	1	2	3	4
11. Nadie debería hacer actividades físicas cuando tiene dolor.	1	2	3	4

This CRF translation is based on a validated translation by the survey developers: Gómez-Pérez L, López-Martínez AE, Ruiz-Párraga GT. Psychometric Properties of the Spanish Version of the Tampa Scale for Kinesiophobia (TSK). *J Pain*. 2011 Apr;12(4):425-35. doi: 10.1016/j.jpain.2010.08.004. PMID: 20926355.

Notes:

Factor de Evitación de Actividad: 1, 5, 6, 8, 9, 10, 11

Factor de Dano: 2, 3, 4, 7

TSK-11 global: la suma de todos los ítems

Corrección: suma directa de puntuaciones (a más puntuación, más puntuación, más miedo).

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁRICA DE YESAVAGE

INSTRUCCIONES:

Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la ÚLTIMA SEMANA

1. ¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida? si NO
2. ¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas? SI no
3. ¿Siente que su vida está vacía? SI no
4. ¿Se siente aburrido frecuentemente? SI no
5. ¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo? si NO
6. ¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar? SI no
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? si NO
8. ¿Se siente con frecuencia desamparado? SI no
9. ¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas? SI no
10. ¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad? SI no
11. ¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo? si NO
12. ¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente? SI no
13. ¿Se siente lleno de energía? si NO
14. ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual? SI no
15. ¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted? SI no

Las respuestas que indican depresión están en **NEGRITA Y MAYÚSCULAS**.

Cada una de estas respuestas cuenta 1 PUNTO.

Total:

FIRMA DEL EVALUADOR

1 Sheik JI, Yesavage JA Geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter version. Clin Gerontol.

1986; 5:165-172.

INSTRUCTIVO:2

Puntuación total: 15 puntos

PUNTOS DE CORTE:

No depresión 0-5 puntos

Probable depresión 6-9 puntos

Depresión establecida 10-15 puntos

Tiempo de administración: 10-15 minutos.

Normas de aplicación: El evaluador lee las preguntas al paciente sin realizar interpretaciones de los ítems y

dejando claro al paciente que la respuesta no debe ser muy meditada). La respuesta debe ser “sí” o “no” y

debe referirse a cómo se ha sentido el paciente la semana anterior.

Cuestionario sobre Factores sociodemográficos

1. ¿Usted se encuentra entre 60 a 85 años?

Si

No

2. Sexo

Masculino

Femenino

Anexo 4: Validez del instrumento

12	¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente?	X		X		X	
13	¿Se siente lleno de energía?	X		X		X	
14	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	X		X		X	
15	¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted?	X		X		X	

¹ **Pertinencia:** el ítem corresponde al concepto teórico formulado.

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

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

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

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

No precisa colocar observaciones sobre instrumentos.....
 Gold Standard.....
 Si hay suficiencia.....

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador: Dr./Mg.

Mg. Paul Alexander Jara Pino

DNI: 42974437

Correo electrónico institucional: paul.jara@old-ucrenec.edu.pe

Especialidad del validador:

Especialista en Fisiología en el Adulto Mayor

...16... de Enero..... de 2025.


 LIC. PAUL ALEXANDER JARA PINO
 TECNÓLOGO MÉDICO
 C.T.M.P. 75-5

Firma del experto Informante

11	¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?						
12	¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente?						
13	¿Se siente lleno de energía?						
14	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?						
15	¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted?						

¹ **Pertinencia:** el ítem corresponde al concepto teórico formulado.

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

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

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

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

... No hay observaciones, hay suficiencia.....

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador: Dr./Mg.

Mg. Cachay Anticona Giovanna Manuela.....

DNI:10353457.....

Correo electrónico institucional:

Especialidad del validador:

.....Fisioterapia en Neurorehabilitación.....

...19 de enero de 2025



 Firma del experto validante
 Lic. Cachay Anticona Giovanna Manuela
 Especialista en
 Fisioterapia en Neurorehabilitación
 C.T.M.P. 3990 R.N.E. 0081

11	¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?	X		X		X	
12	¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente?	X		X		X	
13	¿Se siente lleno de energía?	X		X		X	
14	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	X		X		X	
15	¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted?	X		X		X	

¹ **Pertinencia:** el ítem corresponde al concepto teórico formulado.

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

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

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

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

..... No hay observaciones, hay suficiencia.....

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador: Dr./Mg.

..... Mg. Cachay Anticona Day sy Ana.....

DNI: 41715945.....

Correo electrónico institucional:

Especialidad del validador:

..... Fisioterapia en Adulto Mayor.....

.....19.. de Enero de 2025.

.....
 Lic. Daysy Ana Cachay Anticona
 Especialista en
 Fisioterapia en el Adulto Mayor
 C.T.M.P. 8077 R.N.E. 00384

Firma del experto Informante

Anexo 5: Formulario de Consentimiento informado (FCI)

Instituciones: Universidad Privada Norbert Wiener

Investigador: Lucilena Milagros, Roque Rojas.

Título del proyecto : “Relación entre riesgo de caídas, kinesiofobia y depresión en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025”

Estoy invitando a usted a participar en un estudio de investigación titulado: “Relación entre riesgo de caídas, kinesiofobia y depresión en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025”, de fecha 21/04/2025 y versión 02. Este es un estudio desarrollado por una investigadora de la Universidad Norbert Wiener.

I. INFORMACIÓN

Propósito del estudio:

Determinar la relación entre riesgo de caídas, kinesiofobia y depresión en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025. Su ejecución ayudará/permitirá a conocer la relación de las variables de estudio.

Duración del estudio (meses): 12 meses.

Nº esperado de participantes: 60 participantes.

Criterios de Inclusión y exclusión:

Los criterios de inclusión son: Adultos mayores de ambos sexos, de 60 años a 85 años. Adultos mayores lucidos, orientados en tiempo y espacio. Adultos mayores que asistan

y participan en la iglesia Jesús artesano, en los grupos: del rosario, las marianas y de oración. Adultos mayores que aceptan participar voluntariamente del estudio y que firmen el consentimiento informado. Adultos mayores que realicen marcha independiente. Adultos mayores hemodinámicamente estables. Los criterios de exclusión son: Adultos mayores con alteraciones sordera severa. Adultos mayores con ceguera severa. Adultos mayores con deterioro cognitivo y/o mentales. Adultos mayores con dependencia moderada, severa. Adultos mayores que no colaboren con la realización de los cuestionarios.

Procedimientos del estudio:

Si usted decide participar en este estudio se le pedirá ser evaluado mediante una encuesta para la relación entre riesgo de caídas, kinesiofobia y depresión en adultos mayores de una parroquia en Lima, 2025 y que se le evalúe mediante la aplicación de 03 cuestionarios de forma voluntaria. El llenado de los cuestionarios puede demorar unos 20 a 30 minutos y los resultados se almacenarán respetando la confidencialidad y su anonimato.

Riesgos:

Su participación en el estudio no presenta ningún tipo de riesgo para Usted, en las evaluaciones estará presente por lo menos 2 profesionales para resguardar cualquier tipo de riesgo de caída o imprevisto, sin embargo, si Ud. Durante la evaluación presenta algún tipo de malestar con respecto a su estado físico (dolor), mental o incomodidad (ansiedad o stress) puede acudir al equipo de salud que está a cargo de la evaluación conformado principalmente por médico, enfermera y terapeuta físico, quienes le brindaran atención y orientación.

Además, el resultado que aparezca en el desarrollo de la encuesta, no le causaran dificultades en su honor, situación económica, y ocupación laboral.

Beneficios:

Usted no obtendrá algún beneficio económico por participar en este estudio, Sin embargo, se le brindara charlas informativas , trípticos y pautas según los resultados obtenidos , además de acuerdo a ello tendrá la opción de asistir a programas que se realizaran en la parroquia para mejorar dichas condiciones, también Ud. contribuirá a obtener más información sobre la relación entre riesgo de caídas, kinesiofobia y depresión en adultos mayores de una parroquia en Lima, a fin de brindar y potenciar planes de tratamiento integrales para los adultos mayores.

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:

La información recolectada no será registrada con nombres o datos personales, estos serán ingresados a una base de datos con códigos para resguardar su identidad.

Si los resultados de este estudio son publicados, se mantendrá la confidencialidad en todo momento. Los archivos de los instrumentos no serán mostrados a ninguna persona ajena al equipo de estudio.

Derechos del paciente:

La participación en el presente estudio es voluntaria. Si usted lo decide puede negarse a participar en el estudio o retirarse en cualquier momento, de ser este el caso se le darán las

pautas y trípticos de información para mejorar su salud.

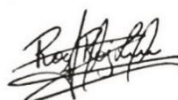
Preguntas/Contacto:

Puede comunicarse con la investigadora Lic. Lucilena Milagros, Roque Rojas, al número de celular: 991381823 o al correo: luroquer@gmail.com

Así mismo puede comunicarse con el Comité de Ética que validó el presente estudio, Contacto del Comité de Ética: Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, presidenta del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener, para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, Email: comite.etica@uwiener.edu.pe.

II. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

He leído la hoja de información del Formulario de Consentimiento Informado (FCI), y declaro haber recibido una explicación satisfactoria 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. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.



Firma del participante

Firma del investigador

Nombre:

Nombre: Lucilena Milagros, Roque Rojas

DNI:

DNI: 46887146

Fecha: ___/___/2025

Fecha: ___/___/2025

Anexo 6: Reporte de similitud de Turnitin

Reporte de similitud	
NOMBRE DEL TRABAJO	
Lucilena Roque Rojas - Turnitin.docx	
RECuento DE PALABRAS	RECuento DE CARACTERES
6454 Words	35029 Characters
RECuento DE PÁGINAS	TAMAÑO DEL ARCHIVO
32 Pages	254.5KB
FECHA DE ENTREGA	FECHA DEL INFORME
Jun 3, 2025 8:26 PM GMT-5	Jun 3, 2025 8:26 PM GMT-5
<p>● 15% de similitud general</p> <p>El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 13% Base de datos de Internet • Base de datos de Crossref • 11% Base de datos de trabajos entregados • 1% Base de datos de publicaciones • Base de datos de contenido publicado de Crossref 	
<p>● Excluir del Reporte de Similitud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Material bibliográfico • Material citado • Bloques de texto excluidos manualmente • Material citado • Coincidencia baja (menos de 10 palabras) 	

● 18% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 16% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 12% Base de datos de trabajos entregados
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

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

1	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	8%
2	hdl.handle.net Internet	1%
3	Universidad Wiener on 2024-08-10 Submitted works	<1%
4	repositorio.puce.edu.ec Internet	<1%
5	Universidad Wiener on 2025-07-12 Submitted works	<1%
6	coursehero.com Internet	<1%
7	Universidad Wiener on 2025-02-28 Submitted works	<1%
8	mriuc.bc.uc.edu.ve Internet	<1%