



Universidad
Norbert Wiener

Powered by **Arizona State University**

**ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

Tesis

Capacidad funcional y riesgo de caídas de adultos mayores de un Centro de Salud –
Lima, 2023

**Para optar el Grado Académico de
Maestro en Salud Pública**

Presentado por:

Autora: Rojas Juanpedro, Evelin Isabel


Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-5845-2216>

Asesora: Mg. Hermoza Moquillaza, Rocío Victoria

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7690-9227>

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, Evelin Isabel Rojas Juanpedro Egresado(a) de la Escuela de Posgrado de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que la tesis “Capacidad funcional y riesgo de caídas de adultos mayores de un Centro de Salud – Lima, 2023” Asesorado por el docente: Mg. Hermoza Moquillaza Rocío Victoria Con DNI 40441142 Con ORCID <https://orcid.org/0000-0001-7690-9227> tiene un índice de similitud de (10) (diez)% con código oid:14912:457094452 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

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



.....
 Firma de autor 1
 Evelin Isabel Rojas Juanpedro
 DNI: 62154104

.....
 Firma de autor 2
 Nombres y apellidos del Egresado
 DNI:



.....
 Firma
 Rocío Victoria Hermoza Moquillaza (Asesor)
 DNI: 40441142

Lima, 22 de abril de 2025

Dedicatoria

Dedico este logro a mis padres y hermanos, quienes, con abnegación y ayuda desmedida, han sido los pilares que me han sostenido en mi camino académico. Su incansable apoyo me ha permitido alcanzar esta nueva meta trazada.

Agradecimiento

A Dios, que me da las fortalezas suficientes, permitiéndome alcanzar esta nueva meta con éxito. Agradezco profundamente a mis familiares por su incansable apoyo y paciencia. Asimismo, agradezco a la Institución Wiener que me dio un fundamento valioso, y a la plana docente, por su guía y conocimientos fundamentales para lograr este grado académico.

ÍNDICE GENERAL

Pág.

Dedicatoria

Agradecimiento

Índice general

Índice de tablas

Índice de figuras

Resumen

Abstract

Introducción

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

1.2.2. Problemas específicos

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

1.3.2. Objetivos específicos

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

1.4.2. Metodológica

1.4.3. Práctica

1.5. Limitaciones de la investigación

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.2. Bases teóricas

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

2.3.2. Hipótesis específicas

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

- 3.2. Enfoque de la investigación
- 3.3. Tipo de investigación
- 3.4. Diseño de la investigación
- 3.5. Población, muestra y muestreo
- 3.6. Variables y operacionalización
- 3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos
 - 3.7.1. Técnica
 - 3.7.2. Descripción de instrumentos
 - 3.7.3. Validación
 - 3.7.4. Confiabilidad
- 3.8. Procesamiento y análisis de datos
- 3.9. Aspectos éticos

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

- 4.1. Resultados
 - 4.1.1. Análisis descriptivo de resultados
 - 4.1.2. Prueba de hipótesis
 - 4.1.3. Discusión de resultados

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- 5.1. Conclusiones
- 5.2. Recomendaciones

REFERENCIAS

ANEXOS

- Anexo 1: Matriz de consistencia
- Anexo 2: Instrumentos de investigación
- Anexo 3: Consentimiento informado
- Anexo 4: Aprobación del Comité de Ética

ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

Tabla 1.	Operacionalización de la variable Capacidad funcional del adulto mayor	
Tabla 2.	Operacionalización de la variable Riesgo de caídas	
Tabla 3.	Datos generales de adultos mayores en un Centro de Salud – Lima, 2023	
Tabla 4.	Capacidad funcional de adultos mayores en un Centro de Salud – Lima, 2023	
Tabla 5.	Riesgo de caídas de adultos mayores en un Centro de Salud – Lima, 2023	
Tabla 6.	Dimensiones del riesgo de caídas de adultos mayores en un Centro de Salud – Lima, 2023	
Tabla 7.	Relación entre capacidad funcional y riesgo de caídas de adultos mayores en un Centro de Salud – Lima, 2023	
Tabla 8.	Capacidad funcional según indicadores de adultos mayores en un Centro de Salud – Lima, 2023	
Tabla 9.	Dimensiones de la capacidad funcional según riesgo de caídas de adultos mayores en un Centro de Salud – Lima, 2023	
Tabla 10.	Prueba Chi cuadrado para la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores	
Tabla 11.	Prueba Chi cuadrado para la relación entre la dimensión higiene y vestido de la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores	
Tabla 12.	Prueba Chi cuadrado para la relación entre la dimensión movilidad de la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores	
Tabla 13.	Prueba Chi cuadrado para la relación entre la dimensión continencia de la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores	
Tabla 14.	Prueba Chi cuadrado para la relación entre la dimensión alimentación de la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores	

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Capacidad funcional de adultos mayores en un Centro de Salud – Lima, 2023	
Figura 2. Riesgo de caídas de adultos mayores en un Centro de Salud – Lima, 2023	
Figura 3. Dimensiones del riesgo de caídas de adultos mayores en un Centro de Salud – Lima, 2023	
Figura 4. Relación entre capacidad funcional y riesgo de caídas de adultos mayores en un Centro de Salud – Lima, 2023	

RESUMEN

El presente estudio planteó el objeto principal de analizar la asociación de la capacidad funcional frente a la probabilidad de sufrir caídas en personas ancianas en una institución hospitalaria localizada en Lima, 2023. Se empleó un diseño metodológico cuantitativo, descriptivo transversal y de correlación, bajo un enfoque hipotética-deductiva. La población del estudio tuvo la participación de 84 adultos mayores, sin elección de muestra aleatoria. Resultados: el mayor porcentaje de participantes tenían edades de 91 a 96 años, representando el 32.1% del total; el 51.2% eran mujeres, el 35.7% estaba casado, el 34.5% no tenía instrucción y el 46.4% provenía de la región costera. En cuanto a su capacidad funcional, la mayor parte presentaba dependencia grave con 56%, seguida de dependencia moderada con 25%, el 9.5% eran independientes, 6% mostraba dependencia leve y 3.6% experimentaba dependencia total. En riesgo de caídas, la mayoría demostró riesgo alto con 72.6% y riesgo bajo 27.4%; en las dimensiones evaluadas, la mayoría presentó bajo riesgo en la dimensión de estado mental con 86.9%, un alto riesgo se observó en déficits sensoriales (81%), le sigue la dimensión de caídas con 66.7%, edad 64.3%, deambulación 59.5% y medicamentos el 54.8%, todas ellas con alto riesgo. En conclusión, se estableció la existencia de vínculo significativo de la capacidad funcional frente al riesgo de caídas en personas ancianas. Además, se comprobó asociación entre los componentes de la capacidad funcional y el riesgo de caídas, con un valor de $p < 0.05$.

Palabras claves: Capacidad funcional, riesgo de caídas, adulto mayor

ABSTRACT

The present study had the main objective of analyzing the association of functional capacity with the probability of suffering falls in elderly people in a hospital institution located in Lima, 2023. A quantitative, descriptive, cross-sectional and correlational methodological design was used, under a hypothetical-deductive approach. The study population included 84 older adults, without random sample selection. Results: the highest percentage of participants were between 91 and 96 years old, representing 32.1% of the total; 51.2% were women, 35.7% were married, 34.5% had no education and 46.4% came from the coastal region. Regarding their functional capacity, most had severe dependency with 56%, followed by moderate dependency with 25%, 9.5% were independent, 6% showed mild dependency and 3.6% experienced total dependency. In terms of risk of falls, the majority showed high risk with 72.6% and low risk 27.4%; in the dimensions evaluated, the majority presented low risk in the mental state dimension with 86.9%, a high risk was observed in sensory deficits (81%), followed by the dimension of falls with 66.7%, age 64.3%, walking 59.5% and medications 54.8%, all of them with high risk. In conclusion, the existence of a significant link between functional capacity and the risk of falls in elderly people was established. In addition, an association was verified between the components of functional capacity and the risk of falls, with a value of $p < 0.05$.

Keywords: Functional capacity, risk of falls, older adults.

INTRODUCCIÓN

Alrededor del mundo, el envejecimiento poblacional ha generado una creciente preocupación por la disminución de la capacidad funcional en adultos mayores. Esta pérdida de autonomía se manifiesta en diversos ámbitos de la vida diaria y se asocia directamente a un mayor riesgo de caídas. Ante esta realidad, es fundamental comprender las características y necesidades de las personas ancianas muy dependientes, quienes urgen cuidados especializados y, en ocasiones institucionalizarse. Con el objetivo de establecer un perfil de estos individuos y contrastarlo con las habilidades que conservan en su vida cotidiana, se llevó a cabo el presente estudio tomando en cuenta los capítulos siguientes:

En el Capítulo 1 se fundamenta el estudio, contextualizando el problema de condición física y propensión a sufrir caídas en personas ancianas; se formula el problema de investigación, estableciendo los objetivos generales y específicos, se justifica la relevancia y se exponen las limitaciones inherentes al estudio. En el capítulo 2, se profundiza en la revisión de la literatura científica, proporcionando un marco teórico sólido, se analizan los hallazgos de investigaciones previas y se construyen las definiciones operacionales de las variables; se formulan las hipótesis de investigación, las cuales constituyen las guías para analizar los datos. En el capítulo 3, se detalla el diseño metodológico, que fue cuidadosamente seleccionado para garantizar la validez y confiabilidad de los resultados; se operacionalizan las variables, se describen los instrumentos de medición, las técnicas de recolección de datos y los análisis estadísticos realizados, estableciendo al final las consideraciones éticas. En el capítulo 4, se presentan los cálculos porcentuales y la interpretación descriptiva de los datos, utilizando tablas y figuras. Asimismo, se lleva a cabo la verificación de las hipótesis formuladas, y se realiza una comparación frente a estudios similares con posteriores discusiones. En el acápite 5, se exponen la conclusión, alguna sugerencia, y se incluyen bibliografías referenciadas y los anexos correspondientes.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Actualmente, en todo el mundo, el porcentaje de adultos mayores se ha ido incrementando debido a que el promedio de vida está en aumento; estos incrementos ocurren más en los países desarrollados, pero están sucediendo progresivamente en países en proceso de desarrollo; así también, al avanzar los años, la composición corporal es modificada de forma negativa, teniendo implicancias clínicas que conllevan a la fragilidad (1). Cuando un individuo envejece incrementan los riesgos de enfermarse o que presente deficiencias físicas, necesitando de cuidados personales; otro aspecto son las disfunciones cognitivas que conlleva a la pérdida de la funcionalidad, autonomía e independencia; asimismo, mayor riesgo de caída se vincula con la capacidad funcional en los ancianos (2). Por otro lado, el impacto socioeconómico, involucra una serie de atenciones en salud, a través de las diferentes prestaciones, viéndose reflejado en los gastos del estado, como también, alterando la economía del hogar. (3)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) proyecta que, para el año 2050, la población de adultos mayores alcanzará cerca de 2000 millones. En la actualidad, existen aproximadamente 125 millones de personas de 80 años o más. Para ese mismo año, se estima que en China habrá alrededor de 120 millones de personas envejecidas, y en el resto del mundo un aproximado de 434 millones de adultos mayores (4). La OMS también pone en manifiesto que las caídas representan una gran problemática en la salud pública; porque representan la segunda causal de muertes humanas a nivel mundial. Anualmente se tiene proyecciones que 37.3 millones de caídas requieren cuidado de salud. Asimismo, se les atribuye a individuos mayores a 60 años la tasa más alta de mortalidad por este tipo de evento, en donde el 80% de las muertes, son registrados provenientes de naciones sub desarrolladas y en desarrollo. (5)

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las mujeres en Latinoamérica y el Caribe vivirán en promedio 80.7 años y los hombres 74.9 años entre 2025 y 2030; así también, los habitantes de Estados Unidos y Canadá podrían llegar a vivir más, con esperanzas de vida de 83.3 y 79.3 años respectivamente para mujeres y hombres (6). La OPS también confirma que la mala salud de un individuo adulto mayor está estrechamente ligada con las condiciones sociales y sanitarias que forman parte de su contexto. En Latinoamérica y El Caribe el 20% de las personas mayores presentan una alteración en su capacidad funcional, por lo que necesitan de un cuidado continuo y, en otros casos institucionalizarlos; por ello se están elaborando acciones estratégicas para la promoción de la ancianidad activa y saludable en toda la región. (7)

La Institución Pública de Estadísticas e Informática (INEI) del Perú indica que, el grupo poblacional de adultos mayores peruanos se incrementó a cifras de 12.4% en el año 2019. Según grupo etario, las personas con más de 60 años mantienen una discapacidad de 14.8% y de 71 años a más representan el 36.1% del total de ellos, siendo una cifra potencial de padecer riesgos por lesiones de suma importancia para la salud pública (8). Se aprecia entonces que, la población de adultos mayores continúa creciendo a un ritmo acelerado; se proyecta un incremento del 12.4% para 2030, lo que equivale a 4.5 millones de personas adicionales en este grupo etario. Y las tendencias indican que este crecimiento se mantendrá, con un aumento adicional del 21.3% para el año 2050. (9)

Los adultos mayores al pasar los años suelen experimentar diferentes cambios de suma importancia, en donde, el principal factor es el deterioro de su capacidad funcional, lo que le conlleva a perder la autonomía para realizar sus funciones, incrementando el riesgo a sufrir caídas por la sobre exigencia de cumplirlas, al igual que una variación en el desplazamiento correcto (10). Por ello, esta problemática fue seleccionada porque,

durante el proceso de envejecimiento, los adultos mayores presentan una serie de patologías físicas relacionadas con alteraciones orgánicas y sistémicas propias de esta etapa, las cuales reducen su capacidad funcional, impidiéndoles desarrollar o ejecutar distintas actividades básicas que normalmente realizaban en de forma cotidiana, incrementándose de esta forma también los riesgos de sufrir caídas.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores que acuden a un Centro de Salud – Lima, 2023?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la relación entre la dimensión higiene y vestido de la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores que acuden a un Centro de Salud – Lima, 2023?
- ¿Cuál es la relación entre la dimensión movilidad de la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores que acuden a un Centro de Salud – Lima, 2023?
- ¿Cuál es la relación entre la dimensión continencia de la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores que acuden a un Centro de Salud – Lima, 2023?
- ¿Cuál es la relación entre la dimensión alimentación de la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores que acuden a un Centro de Salud – Lima, 2023?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores que acuden a un Centro de Salud – Lima, 2023.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar la relación entre la dimensión higiene y vestido de la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores que acuden a un Centro de Salud – Lima, 2023.
- Identificar la relación entre la dimensión movilidad de la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores que acuden a un Centro de Salud – Lima, 2023.
- Identificar la relación entre la dimensión continencia de la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores que acuden a un Centro de Salud – Lima, 2023.
- Identificar la relación entre la dimensión alimentación de la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores que acuden a un Centro de Salud – Lima, 2023.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

A nivel teórico, La presente investigación busca contribuir al cuerpo de conocimiento existente sobre la condición funcional y los riesgos de caídas en personas ancianas. Al identificar estas variables relacionadas y su impacto, este estudio permitirá comprender de manera más profunda los factores que influyen

en la salud y el bienestar de las personas mayores, aportando así a la investigación en gerontología. Por lo tanto, los resultados obtenidos del estudio contribuirán a enriquecer el conocimiento de los profesionales de enfermería sobre este tema, para ofrecer información precisa y actualizada en su campo de actuación.

1.4.2. Metodológica

Este estudio, a través de un enfoque cuantitativo, descriptivo y correlacional, el presente estudio contribuirá tanto científica como metodológicamente, al abordar las variables de capacidad funcional y riesgo de caídas en la población adulta mayor desde un enfoque cuantitativo, lo que permitirá una evaluación precisa de sus condiciones de vida. Al utilizar instrumentos validados y confiables, se pretende evaluar de forma precisa la asociación entre la capacidad funcional y los riesgos de caída en adultos mayores. Estos instrumentos cuentan con respaldo científico y podrán ser utilizados en futuras investigaciones y en instituciones relacionadas con este campo.

1.4.3. Práctica

La relevancia práctica de este estudio se basa en la necesidad de brindar una atención integral a los adultos mayores, considerando las múltiples dimensiones biológicas, psicológicas y sociales que influyen en su salud y bienestar. Al identificar los factores asociados a la capacidad funcional y los riesgos de caídas, se podrán implementar intervenciones más efectivas para prevenir lesiones y mejorar la calidad de vida de este grupo poblacional. Los resultados obtenidos servirán como guía para el personal de enfermería y otros profesionales de la salud, permitiéndoles desarrollar planes de cuidado individualizados y brindar una atención más integral.

1.5. Limitaciones de la investigación

- Los hallazgos de esta investigación son aplicables principalmente a poblaciones similares a la estudiada, es decir, a personas ancianas con cumplimiento de requisitos preestablecidos en el estudio.
- Si bien se trabajó con suficientes participantes y accesibles para obtener información relevante, no todos los adultos mayores fueron incluidos en el estudio investigativo, lo que limita la generalización de los resultados a toda la población de adultos mayores.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Nacionales

Ticona (11) presentó hacia el año 2021 un estudio de tesis con el objeto de “Evaluar la relación entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas en adultos mayores, Hospital Nacional Arzobispo Loayza”. Se desarrolló una investigación de tipo básica, con diseño transversal de nivel descriptiva correlacional, siendo la muestra conformada de 60 personas ancianas. Se utilizaron la Escala de Katz y el test creado por Brody y Lawton para la medición de la condición física y el Test de Tinetti para medición del riesgo de caída. Los resultados, según los participantes evaluados, el 46.7% manifiestan regular capacidad funcional, 20% capacidad deficiente, 33.3% excelente. Así también, el 53.3% no presentaron riesgo de caída, pero el 46.7% si lo presentaron. Llegándose a comprobar una asociación negativa de la condición funcional frente a los riesgos de caída en personas ancianas ($p= 0.000$), con coeficiente de correlación de Spearman = -0.635 que indica relación inversa moderada.

Quispe (12) en el año 2019, presentó un estudio de tesis, siendo el objetivo “Identificar la asociación del síndrome de caídas frente a la capacidad funcional en ancianos del C.S. la Revolución, Juliaca”. El estudio fue cuantitativo, con diseño correlacional, descriptivo y transversal; la muestra se conformó de 46 personas ancianas asistentes a una estrategia de salud. Para la recolección se aplicaron la escala para medir riesgos de caída Downton y el índice de Katz. Obteniendo como resultado que, 63% de participantes, presentaron riesgo alto de caídas, 30.4% riesgo medio y 6.5% riesgo bajo. El 45.7% manifestaron capacidad funcional regular, 41.3% capacidad deficiente y 13% ausencia de incapacidad. Asimismo, se comprobó una asociación fuerte con $r=0.854$

($p=0.00$). Concluyendo que: existe asociación positiva de la capacidad funcional frente al síndrome de caídas en personas ancianas asistentes a la institución médica.

Seminario (13) en el año 2018, presentó un estudio, teniendo como objetivo “Identificar la asociación entre la capacidad funcional y riesgos de caída en ancianos del Centro Integral de Atención del Adulto Mayor Chulucanas”. El estudio fue cuantitativo, con diseño correlacional, descriptivo y transversal. Se conformó por una muestra de 110 personas de 60 años a más, de ambos sexos, a quienes se aplicaron los instrumentos de Test de Tinetti, Escala de Lawton y Brody e Índice de Barthel. Obteniendo como resultado que, el 35.5% tenían un grado favorable de independencia, 64.5% tenían una disminución de leve a moderada. El 13.6% tenía autonomía óptima para sus actividades, mientras que el 86.4% una disminución total de sus capacidades para desarrollarlas. En cuanto a la marcha y equilibrio, el 53.3% no tenían riesgo de caer y el 46.4% predecían de riesgo y alto riesgo a caer. El autor en su conclusión demuestra una vinculación alta de la condición funcional y riesgos de caída ($p < 0.001$); indicando que, si el desempeño físico es deficiente, existirá riesgo alto de caídas.

Abrego y Ruiz (14) presentaron para el año 2018 una investigación, con el objeto de “Asociar la capacidad funcional y riesgos de caídas en el paciente anciano atendido en el Centro de Salud Geriátrico Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro, Rímac”. La propuesta fue cuantitativa, observacional correlacional de corte transversal. Con una muestra extraída de 100 personas ancianas. Se aplicaron para encuestar el Test de Riesgos de Downton y la escala de Barthel. En su resultado respecto a capacidad funcional, el 63% tenía dependencia ligera, el 21% moderada, el 12% grave y severa el 4%. Con respecto a riesgos de caída, el 69% presentaron riesgo alto y 31% bajo riesgo. Las áreas más independientes fueron comer, bañarse y vestirse con un 94%, 91% y 85% respectivamente, seguido de áreas que necesitan de ayuda, como trasladarse, deambular

y subir escalones con 50%, 53% y 55% respectivamente. La tesis concluye afirmando la existencia de asociación entre las variables consideradas ($p = 0.002$); las áreas con mayor afectación son las que tienden a desarrollar movilidad.

Anaya y Ariza (15) en el año 2018, publicaron un estudio con el objetivo de “Comprobar la relación entre el grado de dependencia funcional, nivel de comorbilidad y polifarmacia con las caídas de personas ancianas”. La investigación fue analítica, considerando un estudio de casos y controles, conformado de 300 personas ancianas atendidas. Se realizaron entrevistas obteniéndose información sobre factores de riesgo de caídas intrínsecos a través del índice de Barthel y el nivel de comorbilidad mediante el test de Charlson. Teniendo como resultado: del total de ancianos encuestados, el 56.3% presentaron caídas, dentro de ellos predominaron las caídas en las mujeres con el 64% del total de caídas. Pudo comprobarse la vinculación entre los riesgos de caída frente al grado de dependencia funcional ($p= 0.039$), nivel de comorbilidad y polifarmacia ($p= 0.002$). Concluyendo que, el grado de comorbilidad, el grado de dependencia y la polifarmacia están relacionados a las caídas de las personas ancianas.

Internacionales

Campiño et al. (16) publicaron en el año 2020 un estudio, siendo el objeto “Identificar la asociación entre los riesgos de caídas y el equilibrio, la marcha, la autonomía física y el estado mental de los ancianos residentes en una institución geriátrica de Santiago de Chile”. Se consideró un enfoque cuantitativo, de diseño transversal y de correlación, para la recolección se aplicaron las escalas de Tinetti, Pfiffer, Barthel y Downton, con una población de 36 personas ancianas. En los resultados se demostró con respecto al nivel de dependencia, el 47.2% presentan dependencia moderada, 22.2% son independientes, 16.7% tienen leve dependencia, y el 13.9% varía de dependencia severa

a dependencia total. Asimismo, el 41.6% de los adultos mayores presentaron alto riesgo en caídas, 44.4% riesgo mediano y 13.8% no presentaron riesgos de caída. Pudo demostrarse una vinculación significativa del riesgo alto de caídas frente a dependencia regular. Concluyendo que, el nivel alto de dependencia, la polifarmacia, el deterioro del equilibrio, la marcha y presentar comorbilidad inciden en elevar el riesgo de caídas del adulto mayor.

Hernández et al. (17) en el año 2019 publicaron una investigación, teniendo como objeto “Evaluar la capacidad funcional y de salud en adultos mayores, y determinar factores relacionados a caídas en los hogares”. Fue una investigación cuantitativa, con diseño transversal y descriptiva, siendo la muestra conformada por de 364 personas con más de 65 años. Obteniendo como resultados que, el 55.5% de participantes son mujeres, la mayoría tenían edades de 65 a 69 años, el 67.3% residían en zona urbana y 55.2% conviven con sus parejas. El 57.7% tiene independencia en la realización de sus actividades básicas cotidianas. El 47.8% presentaron caídas, mayormente en los hogares según 75%. El 83% con riesgo bajo de caídas, 15.1% riesgo medio y 2% riesgo elevado. El 68.4% que toman medicamento, el 60.9% que presentan alguna patología y el 57.5% que presentan dependencia funcional inciden en el mayor riesgo de caídas. Concluyendo que, promocionar la condición saludable, prevenir incapacidades y patologías en ancianos inciden en reducir el riesgo de manifestar caídas o algún accidente.

Ortega (18) en el año 2019 expuso una investigación teniendo como objetivo “Evaluar la capacidad funcional y riesgos de caída en personas ancianas asistentes al Centro de Salud Familiar 2 de Xochitepec, Morelos”. Fue un estudio epidemiológico transversal, descriptivo, observacional; siendo la muestra de 150 personas ancianas entre hombres y mujeres, usándose como instrumentos la Escala de Tinetti, Test Minimental de Folstein y Test de Barthel, que evalúan la marcha y equilibrio. En los hallazgos se demostró una

asociación significativa entre el grado cognitivo, los riesgos de malnutrición y capacidad funcional frente a los riesgos de caída en adultos mayores ($p < 0.05$). Concluyendo que, un problema principal en los adultos mayores son la manifestación de caídas, los cuales no solamente conllevan a discapacidades, también inciden en que surjan patologías, por ello es importante conocer cada factor que afecta a la propensión de caídas, permitiendo de esta forma una mejor atención de este grupo de edad.

García et al. (19) publicaron una investigación en el año 2019, siendo el objeto “Entablar una comparación de los niveles de fuerza muscular y riesgos de caídas en ancianos físicamente activos e inactivos en los poblados de Chillán y San Carlos”. En cuanto a la metodología, se aplicó la estrategia cuantitativa, con corte transversal, descriptiva y comparativo. Siendo la muestra escogida de 33 personas ancianas categorizados en 18 para grupo activo y 15 grupo inactivo. Los riesgos de caídas fueron medidos por medio de Velocidad de Marcha (VM), Timed Up and Go (TUG) y Apoyo Unipodal (AUP); la fuerza para agarre se determinó usando dinamometría automática. En los resultados, pudo observarse diferencia estadística ($p < 0.05$) en las escalas utilizadas, favoreciendo a las personas activas. En las personas físicamente activas al medir el equilibrio dinámico y estático, también la fuerza en músculos, se clasificaron en el grupo de bajo riesgo. Concluyendo que, las personas ancianas físicamente activas manifiestan bajo riesgo al compararlos con los adultos mayores inactivos.

Riaño et al. (20) en el año 2018 publicaron un trabajo investigativo, teniendo como objeto “Analizar la condición física funcional y riesgos de caída en personas ancianas”. La metodología fue cuantitativa, de corte transversal, observacional y asociativa. El estudio se realizó con 40 adultos mayores pertenecientes a una institución de salud. Se aplicó como técnica a la encuesta aplicando el Test Senior Fitness y la escala de Tinetti para medir la capacidad física funcional y los riesgos de caída respectivamente. Como

resultados, indicaron que el factor de riesgo más grave fue la hipertensión arterial manifestada en 35% de casos; además, a mayor edad, peso, IMC, mayor será el riesgo de caídas. Por lo tanto, la tesis concluye que, si la condición física funcional de los ancianos no es óptima, dentro de los parámetros aceptables, existirán riesgos de sufrir alguna caída.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Capacidad funcional

De acuerdo a Caballero et al. (21) consiste en la capacidad de un individuo de poder realizar actividades cotidianas sin contar con supervisión, dirección o asistencia, lo que indica que, es la suficiencia para ejecutar tareas y entablar rol social en el quehacer diario. Estas labores se van desarrollando jerárquicamente, de acuerdo a la alteración de las funciones por la vejez, perdiendo primeramente las actividades avanzadas, después la actividad instrumental y finalmente las labores básicas cotidianas. Según Labrador (22) consiste en las posibilidades que tienen los adultos mayores en la satisfacción de sus requerimientos básicos, vinculadas con funciones orgánicas y sistémicas tales como: función cardiovascular, respiratoria, hepática, muscular, renal. Según Barthel citado Jiménez et al. (23) consiste en la capacidad de una persona de desempeñarse de forma sobresaliente ajustada a su condición actual y en función a su edad crono biológica; está asociada a la realización de acciones y desempeño de múltiples funciones de distintos niveles de complejidad.

Dimensiones de capacidad funcional

La capacidad funcional es evaluada por medio del Índice de Barthel (IB), el cual mide los niveles de funcionalidad o independencia de pacientes en relación a la ejecución de

tareas cotidianas normales (24). Este índice fue desarrollado por Mahoney y Barthel (25) en 1965, usada en la medición del progreso de los individuos mediante actividades musculoesqueléticas y neuromusculares dentro de un centro sanitario; a partir de dicho índice se propusieron las siguientes dimensiones:

Higiene y vestido

La higiene corporal abarca un conjunto de procedimientos para mantener el aseo y la hidratación de la piel, que deben ser realizados a diario. Una buena estrategia de aseo corporal es el uso de la ducha, que debe ser realizado no mayor a quince minutos de duración. El baño inicia desde la zona céfalo a caudal: cabeza, cuello, tronco, miembros superiores e inferiores, tratando de exponer el menor tiempo posible el cuerpo del adulto mayor (26). En la vestimenta, un adulto mayor, por lo general presenta menos calorías que un joven, adolescente o adulto maduro, por lo que requiere de un mayor abrigo. Es importante que, a pesar de la edad, el proceso de vestirse lo desarrolle de manera autónoma tanto el retirarse como colocarse las prendas de ropa, y, de preferencia, que sean cómodas para él/ella. (27)

Movilidad

Está relacionada con el movimiento físico junto con la coordinación que se asocia con esos movimientos; el adulto mayor debe ser capaz de movilizarse sin el apoyo de los cuidadores; esto le permite ejercitarse, evitando atrofia muscular o músculos débiles. Las personas envejecidas en condición funcional óptima deben movilizarse en sus tareas diarias con autonomía; es decir, ir al baño, trasladarse de un lugar a otro. Sin embargo, en adultos mayores con capacidad funcional disminuida, es necesario contar con la ayuda de los cuidadores a fin de contribuir con esa autonomía de movilidad; la pérdida de movilidad funcional incide a que la persona mayor se convierta en dependiente. (28)

Continencia

Es la capacidad del adulto mayor de poder orinar óptimamente al estar la vejiga en capacidad límite, abarca las fases de almacenamiento y evacuación; este mecanismo es voluntario que consiste en el almacenamiento vesical, posteriormente, la contracción del músculo detrusor; en este momento es cuando se puede controlar la presión de la expulsión de la orina. Este mismo proceso se aplica para la evacuación de desechos a través del canal intestinal; con los años, el músculo liso del colon va perdiendo tonicidad, lo que desencadena la pérdida del control intestinal, pues, al disminuir los movimientos peristálticos, dan paso al enlentecimiento del tránsito intestinal. (29)

Alimentación

Es la capacidad del adulto mayor para alimentarse, llevándose los alimentos hacia la boca, masticarlos y deglutirlos. La alimentación del adulto mayor no difiere a gran rasgo a la de un adulto saludable, pues las necesidades energéticas y aportes nutricionales, son muy básicamente los mismo. Conservar una buena alimentación durante la senectud, disminuye riesgo de adquirir enfermedades relacionadas a la falta de nutrientes y minerales, tales como la osteoporosis, diabetes, gastritis, estreñimientos, entre otros. Por ello, la alimentación es pieza clave para alcanzar un envejecimiento saludable. (29)

Dorothea Orem: Teoría del Déficit del autocuidado

Esta teoría argumenta las razones por las que la enfermería ayuda a personas que se encuentran con cierta limitación en su salud privándolos del cuidado constante hacia su propia persona. El déficit del autocuidado, es la teoría que desarrolló, la cual se ve en manifiesto en la incapacidad para realizar autónomamente una acción, e incluso una necesidad básica, la cual supera su capacidad física. Esta teoría incluye a las personas o pacientes que necesitan de ayuda, no pueden cuidarse por sí mismos, se encuentran en condición de discapacidad o si sus habilidades han ido deteriorándose con el tiempo. La

enfermera desarrolla funciones para ayudar o complementar en la realización de actividades que las personas disminuidas no pueden ejecutar en alguna etapa vivencial, dichas actividades vas a preservar la vida de las personas. (30)

2.2.2. Riesgo de caídas

Según la OMS (31) una caída viene a ser una acción involuntaria, donde un individuo logra perder el equilibrio y se precipita al suelo o algún terreno solido que lo pueda detener. Las posibilidades de caerse aumentan en la senectud, y con ello crece también el riesgo de contraer lesiones cada vez más graves y las incapacidades crónicas en las que derivan. Los individuos con estragos de discapacidad a causa de alguna caída adquieren mayor probabilidad de requerir atenciones a mayor edad y también de requerir hospitalización, esto generalmente les acontece a los adultos mayores.

El riesgo de caída es el nivel de incidencia de que un individuo se precipite al suelo contra su voluntad, siendo esta insospechada y repentina (17). El mayor porcentaje de caídas producidas en personas de la tercera edad es debido a múltiples factores, y aumenta con la combinación de ellos, que incluyen la el entorno inadecuado donde conviven, no tener buena accesibilidad, patologías o procesos incapacitantes. Una caída involucra un coste sanitario muy elevado para los gobiernos, el cual lo convierte en un problema sanitario de gran impacto económico. (32)

Dimensiones de Riesgo de caídas

En el campo clínico, los riesgos de caídas se evalúan identificando sistemáticamente factores y aspectos del individuo que resulten predictivos a una caída. La Escala J.H. Downton (33) es el instrumento que puntualiza los factores que más inciden en los riesgos de sufrir alguna caída; asimismo, esta escala es un índice de medición de calidad, que es importante en las prácticas de cuidado de centros de salud para que puedan

acreditarse internacionalmente, reflejándose en la disminución del padecimiento de caídas en los pacientes. A partir de dicha escala se derivan las siguientes dimensiones:

Caídas previas

Las caídas, comúnmente empiezan el estado de invalidez de la persona anciana; que también se relaciona a la fragilidad del organismo, por ende, una caída es efecto de la fragilidad y en forma contraria la fragilidad es consecuencia de una caída. Las caídas y desequilibrio de la persona anciana, impactan de forma relevante en su calidad de vida relacionada a la salud, debido a lo grave que pueden ser sus lesiones, que los llevan a un estado de invalidez o muerte en varios casos. Los cuidados enfocados en actividades físicas tienen eficacia para detener y atrasar la fragilidad, siendo de esta forma dichas actividades muy importantes en la prevención de alguna caída. (34)

Medicamentos

El uso de medicinas prescritas son elementos sustanciales para determinar el riesgo de caídas en personas ancianas, pues un consumo alto de ellos incide en el sufrimiento de caídas a posterior. El consumo de diuréticos, antihipertensivos, sedantes, hipnóticos, antidepresivos y psicotrópicos son los más relacionados a una caída, estos interfieren en el correcto control postural, disminución de coordinación locomotora, sensorial y cognoscitiva. Luego los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y laxantes que afectan negativamente ante la presencia de una disfunción móvil como la artritis. (35)

Déficits sensitivo- motores

El sistema nervioso es considerado el encargado de controlar la funcionalidad motora, cognitiva, sensorial y autónoma. Pero al pasar de los años, las neuronas se reducen en cantidad llegando a provocar atrofas en el sistema nervioso, afectando más en la reducción de las funciones sensitivas. Durante el envejecimiento de la persona, la

funcionalidad del sistema nervioso se deteriora, y por ello el individuo tiende a desarrollar dificultades en sus reflejos, equilibrio, percepción y memoria. (27)

Estado mental

Cuando una persona envejece de forma normal, la memoria de largo plazo y la atención permanente se conservan, pero el tiempo para reaccionar, facilidad de palabras, la adquisición de nuevos conocimientos y la atención avanzan en deterioro. El avance de la alteración cognitiva varía desde lo cognitivo normal, que declina con el envejecimiento, alteración cognitiva leve y llegando hasta la demencia. Estos deterioros cognitivos pueden ocurrir por diversos causales y se relacionan múltiples patologías, tales como una lesión cerebral con trauma, desequilibrios psiquiátricos, el Parkinson, cuerpos de Lewy, enfermedades vasculares y el Alzheimer. (36)

Deambulaci3n

Es una de las actividades m1s sanas y promovedoras de salud para llevar al cabo una grata vejez; el hecho de caminar, ya sea con independencia o con la ayuda de elementos externos, tales como sillas de ruedas, andadores, etc., contribuyen a la oxigenaci3n, disminuci3n de tensi3n arterial, estimulaci3n del aparato locomotor, favorece el rendimiento f1sico, mejora postura corporal. (32)

Edad

La edad es un principal factor para aumentar los riesgos de sufrir alguna ca3da. El riesgo se da m1s en los adultos mayores debido a su edad avanzada, por ende, aumentan sus riesgos de padecer lesiones que sufrir alguna lesi3n de consideraci3n. Seg1n informes de EE.UU., entre 19.9 % a 29.9 % de los ancianos con propensi3n de ca3da, presentan lesi3n entre moderada hasta de gravedad, ocasion1ndoles traumatismos cr1neo encef1licos, fracturas de cadera y de extremidades, as3 como torceduras y contusiones. La gravedad del riesgo depende, en muchos casos a los trastornos en la funci3n f1sica,

sensitiva y cognitivas relacionadas al proceso de envejecer, y también por que el entorno no está adaptado a los requerimientos del adulto mayor como las rampas de acceso en diversas instituciones. (31)

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

H1: Existe relación significativa entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores que acuden a un Centro de Salud – Lima, 2023.

H0: No existe relación significativa entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores que acuden a un Centro de Salud – Lima, 2023.

2.3.2. Hipótesis específicas

H1: Existe relación significativa entre la dimensión higiene y vestido de la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores que acuden a un Centro de Salud – Lima, 2023.

H1: Existe relación significativa entre la dimensión movilidad de la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores que acuden a un Centro de Salud – Lima, 2023.

H1: Existe relación significativa entre la dimensión continencia de la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores que acuden a un Centro de Salud – Lima, 2023.

H1: Existe relación significativa entre la dimensión alimentación de la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores que acuden a un Centro de Salud – Lima, 2023.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Método de investigación

Se empleará el método de estudio hipotético-deductivo. De acuerdo a Cegarra (37), este enfoque metodológico consiste en formular premisas, establecer hipótesis de investigación, verificar estas hipótesis con la información disponible y, posteriormente, proponer soluciones al problema. Así, se plantea una hipótesis que se comprueba con los hechos para llegar a las conclusiones del estudio. Esta metodología comienza con una premisa general que conduce a una conclusión específica; en otras palabras, inicia con una hipótesis y se determina si es verdadera o falsa.

3.2. Enfoque investigativo

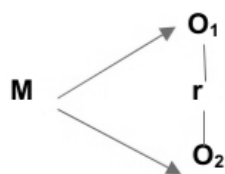
El plan de investigación propuesto tiene un enfoque cuantitativo; para Gómez (38) este enfoque tiene como propósito medir las variables en estudio mediante la recopilación de datos, observación, el análisis y el muestreo, finalizando con un tratamiento estadístico. Además, permite verificar las hipótesis previamente formuladas, cuantificando los datos a través de conteos y métodos estadísticos con el objetivo de establecer de manera precisa alguna característica dentro de la población estudiada.

3.3. Tipo de investigación

El estudio es de tipo aplicado, ya que, según Ñaupás et al. (39) se caracteriza por su enfoque en la aplicación o utilización de los conocimientos adquiridos, mientras se generan nuevos aprendizajes tras la implementación y sistematización de prácticas basadas en la investigación. Se caracteriza por confrontar la teoría con la realidad concreta, aplicando los hallazgos de la investigación a situaciones particulares sin desarrollar una nueva teoría. Este tipo de investigación busca implementar de inmediato lo investigado.

3.4. Diseño de la investigación

En esta propuesta investigativa se adoptó un diseño no experimental, de grado correlacional y de modo transversal. Será no experimental porque no se manipulará ninguna variable. Además, tiene un corte transversal, pues la recepción de información se llevará a cabo en un instante del tiempo. Este estudio es de nivel correlacional, dado que se centra en describir los indicadores principales de cada variable, considerando el grado de conexión o relación entre ellas o entre sus dimensiones (40). Por consecuencia, se tomó en cuenta el esquema de diseño:



Donde:

M: muestra

O₁: Indicadores de variable capacidad funcional

O₂: Indicadores de variable riesgo de caídas

r: Grado de relación de las variables propuestas

3.5. Población, muestra y muestreo

Población

En el transcurso del proceso investigativo, se considerará una población compuesta por un total de 84 adultos mayores asistentes a un Centro de Salud de la ciudad de Lima, en el año 2023. De acuerdo a Tamayo (41) la población se refiere al conjunto total de un fenómeno que se está estudiando, esto implica que incluye todos los elementos similares que forman parte de la investigación y relacionados con la problemática planteada.

Criterios de Selección

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores entre varones y mujeres acudientes a un Centro de Salud de la ciudad de Lima.
- Adultos mayores con 65 años y mayores de esa edad.
- Personas ancianas con optima condición mental y física que respondieron al estudio.
- Personas ancianas que autorizaron participar en el estudio mediante el consentimiento informado adecuadamente firmado.

Criterios de exclusión:

- Personas ancianas no asistentes a un centro hospitalario de Lima
- No se incluyeron individuos menores de 65 años, ya que el estudio se centró en una población adulta mayor
- Se descartó a participantes con dificultades cognitivas que pudieran afectar la calidad de los datos recolectados.
- Adultos mayores que no otorgaron su consentimiento informado.

Muestra y muestreo

Para llevar a cabo esta investigación no fue necesario escoger una muestra aleatoria, además no se aplicó alguna técnica de muestreo, porque se consideró una muestra censal que abarca el total de la población de adultos mayores. En un muestreo censal, se analiza a todos los individuos que conforman el grupo de interés, en lugar de solo a una parte; se diferencia del muestreo porque implica examinar a la totalidad de la población objeto de estudio. (42)

3.6. Variables y operacionalización

Variable 1: Capacidad funcional

Tabla 1. Operacionalización de la variable Capacidad funcional del adulto mayor

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala de valorativa
Capacidad funcional	Consiste en la capacidad del adulto mayor para de poder realizar actividades cotidianas sin contar con supervisión, dirección o asistencia, lo que indica que, es la suficiencia para ejecutar tareas y entablar rol social en el quehacer diario. Acciones vinculadas con funciones orgánicas y sistémicas (21)	Se evalúa el grado de incapacidad o dependencia del anciano con el Índice de Barthel, compuesto por 22 ítems, evalúa las funciones relacionadas con la higiene y vestimenta, movilización, incontinencia y alimentarse. Los resultados se clasifican en distintos niveles: independencia, dependencia leve, dependencia moderada, dependencia grave y dependencia total.	Higiene y vestido	<ul style="list-style-type: none"> • Ducharse e ir al baño • Puede vestirse y ponerse zapatos • Se lava las manos y la cara. • Usa la cuña o retrete 	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia total • Dependencia grave • Dependencia moderada • Dependencia leve • Independiente
			Movilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Puede subir y bajar escaleras • Usa silla de ruedas habitualmente • Puede caminar 50 metros sin ayuda • Nunca esta quieto o sentado 		
			Continencia	<ul style="list-style-type: none"> • Carece de incontinencia, orina • Sucesos de incontinencias • Uso de enema o supositorio. • Episodio ocasional 		
			Alimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Usa utensilio • Se alimenta en el tiempo correcto • Requiere ayuda al alimentarse • Pide ayuda cuando corta 		

Fuente: elaborada por el mismo investigador

Variable 2: Riesgo de caídas

Tabla 2. Operacionalización de la variable Riesgo de caídas

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala de valorativa
Riesgo de caídas	Es el nivel de incidencia de que un individuo se precipite al suelo contra su voluntad, siendo esta insospechada y repentina. Las posibilidades de caerse aumentan en la senectud, y con ello crece también el riesgo de contraer lesiones cada vez más graves y las incapacidades crónicas en las que derivan usualmente (17)	Se evalúa el riesgo de caídas del adulto mayor con la escala de J.H. Downton, que se compone de 6 dimensiones, que son: caídas previas, medicamentos, déficits sensitivo - motores, estado deambulación y edad, los cuales tienen incidencia en el riesgo de caídas de los adultos mayores. Siendo sus niveles de medición: bajo, riesgo y alto riesgo.	Caídas previas	<ul style="list-style-type: none"> • Presenta anteriormente caídas • No presenta caídas previamente. 	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo riesgo • Alto riesgo
			Medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • No necesita • Usa sedantes • Usa Diuréticos • Usa Hipotensores • Usa Antidepresivos 		
			Déficits sensitivo-motores	<ul style="list-style-type: none"> • No presenta deficiencia • Alteración visual • Alteración auditiva • Tiene parálisis 		
			Estado mental	<ul style="list-style-type: none"> • Presenta orientación con el entorno • Se siente confundido en su entorno 		
			Deambulación	<ul style="list-style-type: none"> • Estado normal • Camina con ayuda • Inseguro al caminar • No se moviliza 		
			Edad	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene menos de 70 años de edad • Tiene más de 70 años 		

Fuente: elaborada por la misma investigadora

3.7. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

Conforme a los objetivos de este estudio, la técnica que se utilizó para obtener indicios de la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores,

fue la Encuesta. Según Gil (43) la encuesta es una técnica de investigación que emplea un conjunto de procedimientos sistemáticos para recopilar información a través de la interrogación directa de una muestra representativa, permitiendo así una observación indirecta de los fenómenos estudiados.

3.7.2. Descripción

Para evaluar la capacidad funcional de las personas ancianas se usó la escala de Barthel teniendo que tiene cuatro alternativas de respuesta. Además, al evaluar el riesgo de caídas se utilizó la escala de J.H. Downton que tiene dos posibilidades para responder. Un cuestionario es una serie de preguntas organizadas y enfocadas a un tema investigativo, estas preguntas son contestadas por un individuo sin que intervenga directamente el investigador. (44)

Ficha técnica del instrumento “Capacidad funcional”

En la medición de esta variable se utilizó el Índice de Barthel creado por Mahoney y Barthel (25) para evaluar la incapacidad física en personas ancianas.

Descripción del instrumento

- i. La primera sección del cuestionario recopila datos básicos como sexo, edad, estado civil, lugar de origen y nivel educativo, distribuidos en 5 preguntas.
- ii. La segunda sección del cuestionario continúa con 22 ítems organizados en cuatro áreas: hábitos de higiene y cuidado de vestimenta (6 ítems), capacidad para realizar actividades cotidianas de movimiento (9 ítems), control de los esfínteres (5 ítems) y hábitos alimentarios (2 ítems).

Criterios de evaluación

Para evaluar el instrumento, se empleó una escala numérica de 5 niveles, que iban del 0 al 15 en intervalos de 5 puntos. Los puntajes más bajos reflejaban un mayor

grado de dependencia. Asimismo, los baremos o intervalos para medir la variable principal son:

Niveles	Rango interválico
- Dependencia total	00 - 20
- Dependencia grave	21 - 60
- Dependencia moderada	61 - 90
- Dependencia leve	91 - 99
- Independiente	100

Ficha técnica de instrumento de “Riesgo de caídas”

En la medición de esta variable se aplicó la escala de J.H. Downton, publicado en el libro de Downton (45) dirigido a evaluar el riesgo de caídas en adultos mayores y enfermos.

Descripción del instrumento

El cuestionario fue estructurado en seis dimensiones: caídas previas, déficits sensitivo – motores, estado mental, medicamentos, la edad y deambulación del adulto mayor.

Criterios de evaluación

Se utilizó una escala del 0 al 1 para evaluar cada pregunta del cuestionario; los puntajes más altos indicaban niveles más elevados de la variable. Los intervalos para categorizar los resultados de la variable general fueron:

Nivel	Rango interválico
- Bajo riesgo	00 - 02
- Alto riesgo	03 - 06

3.7.3. Validación

El Índice de Barthel es un test genérico que mide la capacidad funcional en adultos mayores; fue validado en el estudio de Martínez et al. (46) donde el análisis factorial identificó tres factores que explicaban el 74.3% de la varianza; las correlaciones ítem-total oscilaron entre 0.57 y 0.91; en el escalado multirrasgo, 83 correlaciones (90.2%) mostraron adecuada validez convergente. El cuestionario para medir el riesgo de caídas en adultos mayores será la escala de J.H. Downton, que fue validado en el estudio de Barrientos et al. (47) donde se realizó un análisis de sensibilidad de 86.92, especificidad de 99.4, valor predictivo positivo (PP) 99.56 y valor predictivo negativo (PN) 81.52, con un índice de confianza del 95%, lo cual confirma que el instrumento es válido. Según Pino (48) la validez de un instrumento se puede definir como el grado en que la calificación o resultado que arroje el instrumento realmente refleja la variable que se está midiendo.

3.7.4. Confiabilidad

La confiabilidad del Índice de Barthel fue determinada en el estudio de Martínez et al. (46) mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, con un valor resultante de 0.94 que indica que el instrumento posee elevada confiabilidad; asimismo la confiabilidad en las dimensiones variaba entre 0.87 a 0.95. La confiabilidad de la escala de J.H. Downton fue determinado en el estudio de de Barrientos et al. (47) mediante el coeficiente Kuder-Richardson para instrumentos dicotómicos, con un valor resultante de 0.92 que indica que el instrumento posee elevada confiabilidad. Para Hernández et al. (40), la confiabilidad es el grado en que al aplicarse un instrumento repetidamente al mismo individuo, este debe producir resultados cercanos o consistentes con alguna medición previa.

3.8. Procesamiento y análisis de datos

Al concluir los procesos de recolección de información, se procederá a su sistematización y organización en una base de datos estructurada, empleando las herramientas informáticas Microsoft Excel e IBM SPSS versión 29. Primeramente, tendrá que describirse los datos utilizando SPSS, con el fin de caracterizar la muestra y las variables estudiadas. La información se presentará concisa a través de tablas y gráficos estadísticos. En la evaluación de hipótesis se utilizará la prueba de independencia Chi cuadrado que contrasta relaciones entre dos variables cualitativas, donde al menos una variable es nominal (riesgo de caídas). Esta prueba chi cuadrado es del tipo no paramétrico, adecuada para analizar dos variables cualitativas nominales y permitirá dar respuesta a los objetivos específicos de esta investigación. (49)

3.9. Aspectos éticos

Son consideraciones que buscan prevenir el uso inadecuado de la investigación científica y proteger a aquellos que pueden verse afectados, asegurando totalmente la dignidad y bienestar de aquellos que aceptaron participar (50). En este estudio, se tomará a consideración las siguientes normas éticas:

- Respeto a la dignidad humana: La participación en esta investigación será completamente voluntaria, se tendrá la libertad de decidir si desea formar parte o no.
- Confidencialidad: La información proporcionada y registrada por las personas participantes serán protegidos, asegurando el cumplimiento del secreto profesional, demostrando un compromiso con la ética y la responsabilidad.
- Autonomía: Se buscará que la participación en la investigación sea congruente con los principios y valores que guían las decisiones de cada individuo.
- Autenticidad: Los detalles informativos y objetivos del estudio investigativo serán expuestos de manera transparente y auténtica.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. resultados

4.1.1. Análisis descriptivo de resultados

Tabla 3. Datos generales de adultos mayores en un Centro de Salud – Lima, 2023

	Rangos	Frecuencia	Porcentaje
		n= 84	100.0
Edad	60 a 70 años	13	15.5
	71 a 80 años	18	21.4
	81 a 90 años	26	31.0
	91 a 96 años	27	32.1
Sexo	Masculino	41	48.8
	Femenino	43	51.2
Estado civil	Soltero	22	26.2
	Casado	30	35.7
	Conviviente	28	33.3
	Viudo	4	4.8
Grado de instrucción	Sin instrucción	29	34.5
	Primaria	18	21.4
	Secundaria	27	32.1
	Técnico	7	8.3
	Profesional	3	3.6
Procedencia	Costa	39	46.4
	Sierra	26	31.0
	Selva	19	22.6

Fuente: Centro de Salud – Lima, 2023

Interpretación:

Este estudio fue ejecutado sobre 84 adultos mayores de una institución hospitalaria, y la tabla 3 indica que, el mayor porcentaje estaba entre 91 y 96 años de edad, representando el 32.1% del total; en cuanto al sexo, el 51.2% eran mujeres; según estado civil, el 35.7% estaban casados, mientras que el 34.5% no tenían instrucción formal, además, el 46.4% de los participantes provenían de la región costera.

Tabla 4. Capacidad funcional de adultos mayores en un Centro de Salud – Lima, 2023

Niveles	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Dependencia total	3	3.6	3.6
Dependencia grave	47	56.0	59.5
Dependencia moderada	21	25.0	84.5
Dependencia leve	5	6.0	90.5
Independiente	8	9.5	100.0
Total	84	100.0	

Fuente: Centro de Salud – Lima, 2023

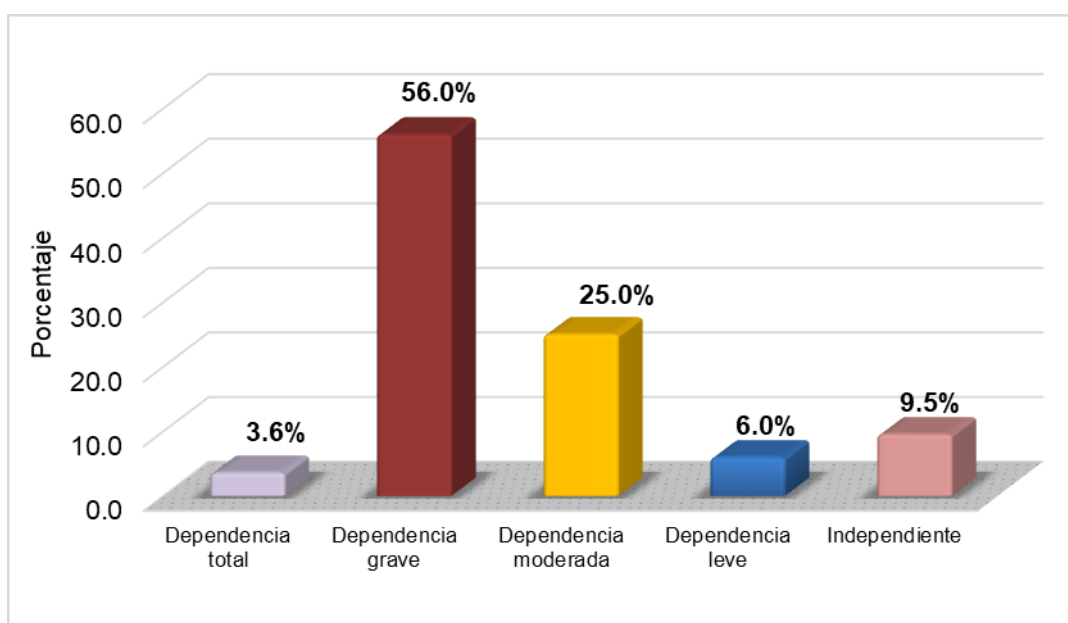


Figura 1. Capacidad funcional de adultos mayores en un Centro de Salud – Lima, 2023

Interpretación:

Al apreciar la tabla 4 y figura 1, de los adultos mayores observados en su capacidad funcional, la mayoría porcentual representado por el 56% tiene dependencia grave, le sigue dependencia moderada con 25%, son independientes el 9.5%, dependencia leve 6% y dependencia total con 3.6%.

Tabla 5. Riesgo de caídas de adultos mayores en un Centro de Salud – Lima, 2023

Niveles	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo riesgo	23	27.4	27.4
Alto riesgo	61	72.6	100.0
Total	84	100.0	

Fuente: Centro de Salud – Lima, 2023

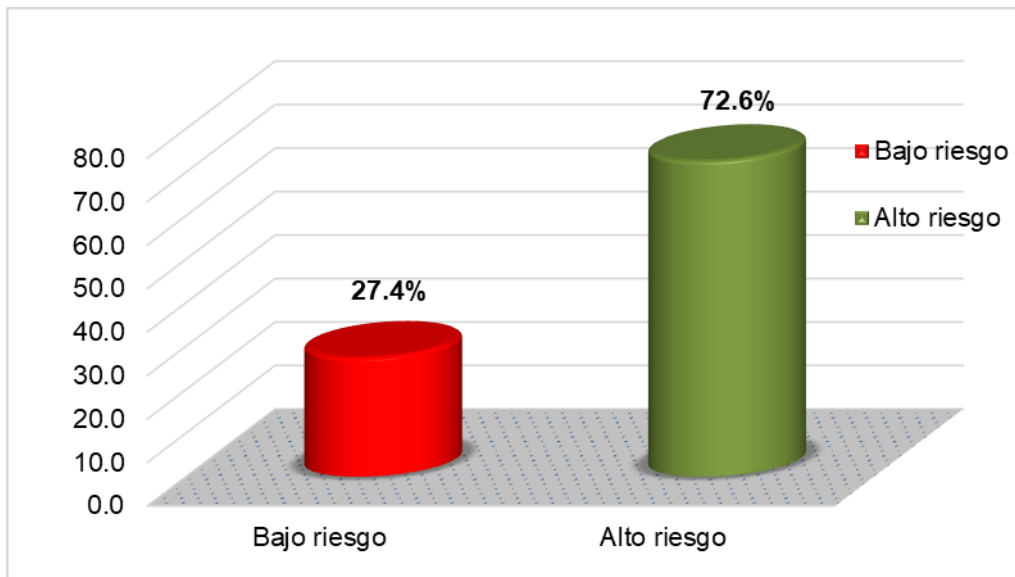


Figura 2. Riesgo de caídas de adultos mayores en un Centro de Salud – Lima, 2023

Interpretación:

Al apreciar la tabla 5 y figura 2, se verifica que, de acuerdo a los adultos mayores evaluados en riesgo de caídas, la mayoría porcentual, representado por el 72.6% manifiesta alto riesgo de ocurrencia de caídas, mientras que el 27.4% de adultos mayores tiene bajo riesgo en presentar caídas.

Tabla 6. Dimensiones del riesgo de caídas de adultos mayores en un Centro de Salud – Lima, 2023

Dimensiones	Bajo riesgo		Alto riesgo		Total	
	n ₁	%	n ₂	%	n	%
Caídas	28	33.3	56	66.7	84	100
Medicamentos	38	45.2	46	54.8	84	100
Déficits sensoriales	16	19.0	68	81.0	84	100
Estado mental	73	86.9	11	13.1	84	100
Deambulaci3n	34	40.5	50	59.5	84	100
Edad	30	35.7	54	64.3	84	100

Fuente: Centro de Salud – Lima, 2023

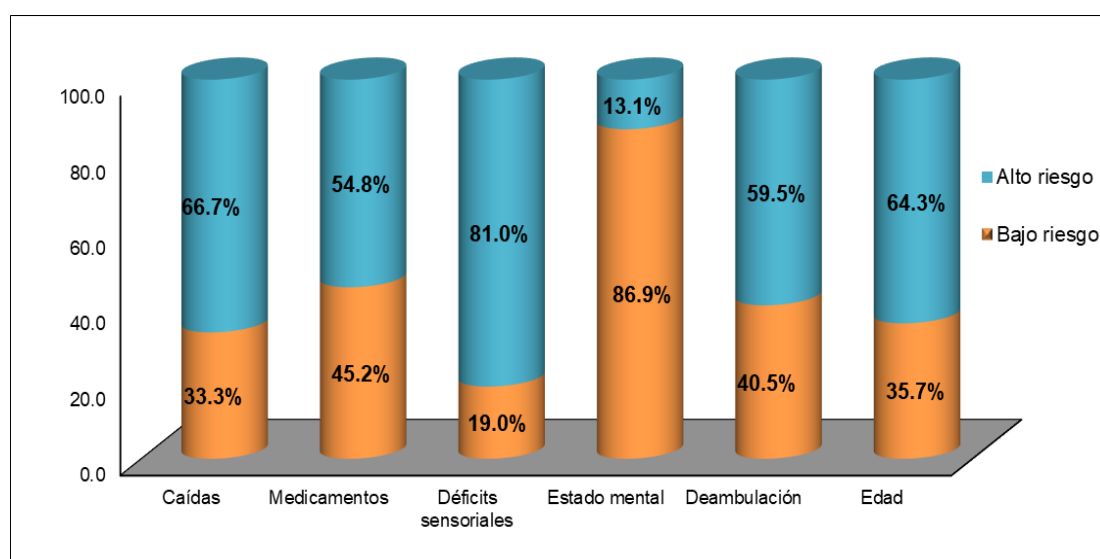


Figura 3. Dimensiones del riesgo de caídas de adultos mayores en un Centro de Salud – Lima, 2023

Interpretaci3n:

Al apreciar la tabla 6 y figura 3, se verifica que, de acuerdo a los adultos mayores evaluados en riesgo de caídas, la mayoría porcentual presentó riesgo bajo en la dimensi3n estado mental con 86.9%, siguiéndole riesgo alto en la dimensi3n de déficit sensorial con 81%, la dimensi3n de caídas con 66.7%, el rango edades con 64.3%, deambulaci3n el 59.5% y medicamentos el 54.8% igualmente de riesgo alto.

Tabla 7. Relación entre capacidad funcional y riesgo de caídas de adultos mayores en un Centro de Salud – Lima, 2023

Capacidad funcional	Riesgo de caídas				Total	
	Bajo riesgo		Alto riesgo			
	n ₁	%	n ₂	%	n	%
Dependencia total	0	0.0	3	3.6	3	3.6
Dependencia grave	7	8.3	40	47.6	47	56.0
Dependencia moderada	7	8.3	14	16.7	21	25.0
Dependencia leve	4	4.8	1	1.2	5	6.0
Independiente	5	6.0	3	3.6	8	9.5
Total	23	27.4	61	72.6	84	100.0

Fuente: Centro de Salud – Lima, 2023

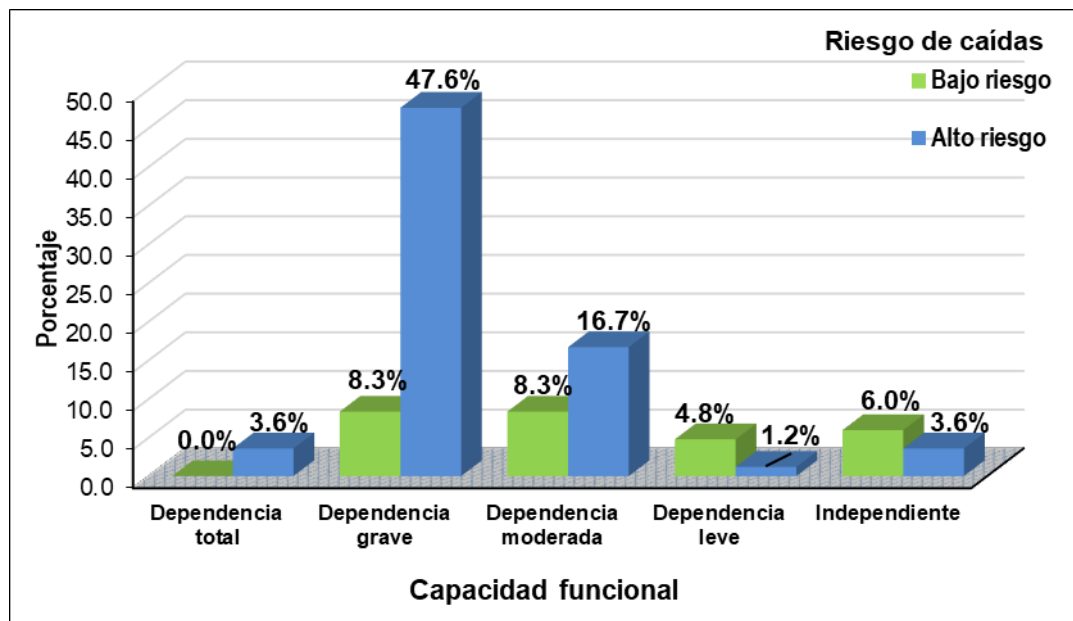


Figura 4. Relación entre capacidad funcional y riesgo de caídas de adultos mayores en un Centro de Salud – Lima, 2023

Interpretación:

Al apreciar la tabla 7 y figura 4 se verifica que, el mayor porcentaje con 47.6% de adultos mayores presentan dependencia grave con alto riesgo de caídas, seguido de 16.7% que presentan dependencia moderada con alto riesgo de caídas; 6% son independientes con bajo riesgo de caídas, 4.8% presentan dependencia leve con bajo riesgo de caídas y 3.6% presentan dependencia total con alto riesgo de caídas.

Tabla 8. Capacidad funcional según indicadores de adultos mayores en un Centro de Salud – Lima, 2023

Actividades	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
		n= 84	100.0
Baño/ducha	Dependiente	13	15.5
	Independiente	18	21.4
Vestido	Dependiente	37	44.0
	Ayuda	21	25.0
	Independiente	26	31.0
Aseo personal	Dependiente	52	61.9
	Independiente	32	38.1
Uso del retrete	Dependiente	3	3.6
	Ayuda	65	77.4
	Independiente	16	19.0
Uso de escaleras	Dependiente	0	0.0
	Ayuda	62	73.8
	Independiente	22	26.2
Traslado Silla-Cama	Dependiente	0	0.0
	Gran ayuda	4	4.8
	Ayuda mínima	64	76.2
	Independiente	16	19.0
Desplazamiento	Dependiente	4	4.8
	Gran ayuda	0	0.0
	Ayuda mínima	62	73.8
	Independiente	18	21.4
Control de orina	Incontinente	5	6.0
	Incontinente ocasional	55	65.5
	Continente	24	28.6
Control de heces	Incontinente	47	56.0
	Incontinente ocasional	8	9.5
	Continente	29	34.5
Alimentación	Dependiente	0	0.0
	Ayuda	57	67.9
	Independiente	27	32.1

Fuente: Centro de Salud – Lima, 2023

Tabla 9. Dimensiones de la capacidad funcional según riesgo de caídas de adultos mayores en un Centro de Salud – Lima, 2023

Capacidad funcional (dimensiones)		Riesgo de caídas				Total	
		Bajo riesgo		Alto riesgo		n=84	%
		n ₁ =23	%	n ₂ =61	%		
Baño/ducha	Dependiente	11	13.1	45	53.6	56	66.7
	Independiente	12	14.3	16	19.0	28	33.3
Vestido	Dependiente	5	6.0	32	38.1	37	44.0
	Ayuda	7	8.3	14	16.7	21	25.0
	Independiente	11	13.1	15	17.9	26	31.0
Aseo personal	Dependiente	10	11.9	42	50.0	52	61.9
	Independiente	13	15.5	19	22.6	32	38.1
Uso del retrete	Dependiente	0	0.0	3	3.6	3	3.6
	Ayuda	12	14.3	53	63.1	65	77.4
	Independiente	11	13.1	5	6.0	16	19.0
Uso de escaleras	Dependiente	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Ayuda	10	11.9	52	61.9	62	73.8
	Independiente	13	15.5	9	10.7	22	26.2
Traslado Silla-Cama	Dependiente	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Gran ayuda	0	0.0	4	4.8	4	4.8
	Ayuda mínima	12	14.3	52	61.9	64	76.2
	Independiente	11	13.1	5	6.0	16	19.0
Desplazamiento	Dependiente	0	0.0	4	4.8	4	4.8
	Gran ayuda	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Ayuda mínima	14	16.7	48	57.1	62	73.8
	Independiente	9	10.7	9	10.7	18	21.4
Control de orina	Incontinente	0	0.0	5	6.0	5	6.0
	Incontinente ocasional	11	13.1	44	52.4	55	65.5
	Continente	12	14.3	12	14.3	24	28.6
Control de heces	Incontinente	7	8.3	40	47.6	47	56.0
	Incontinente ocasional	1	1.2	7	8.3	8	9.5
	Continente	15	17.9	14	16.7	29	34.5
Alimentación	Dependiente	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	Ayuda	8	9.5	49	58.3	57	67.9
	Independiente	15	17.9	12	14.3	27	32.1

Fuente: Centro de Salud – Lima, 2023

Donde:

Dimensión Higiene y vestido : Baño/duchas, vestimenta, aseo personal, usar retrete
 Dimensión Movilidad : Usar escalera, trasladar de Silla-Cama, desplazarse
 Dimensión Continencia : Controlar orina, controlar de esfínteres
 Dimensión Alimentación : Alimentación

4.1.2. Prueba de hipótesis

Hipótesis general

H1: Existe relación significativa entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores que acuden a un Centro de Salud – Lima, 2023.

H0: No existe relación significativa entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores que acuden a un Centro de Salud – Lima, 2023

Tabla 10. Prueba Chi cuadrado para la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores

	Valor	gl	Sig. asintótica (dos colas)
Chi-cuadrado de Pearson	17,116	4	,002
Razón de verosimilitud	16,734	4	,002
Relación lineal por lineal	14,731	1	,000
Número de participantes	84		

Fuente: Procesamiento en IBM SPSS

Nivel de significancia (α) elegido

Se ha establecido un $\alpha = 0.05$ para determinar si los resultados obtenidos en un estudio son estadísticamente significativos. Si el valor p calculado es menor que 0.05, se rechazará la hipótesis nula (H0) y se aceptará la hipótesis alternativa (H1).

Decisión:

Observando la tabla se tiene que el valor $p = 0.002 < 0.05$, logra rechazar H_0 y puede aceptarse H_1 , concluyendo con un 5% de significancia la existencia de relación significativa entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores asistentes a un Centro de Salud – Lima, 2023.

Hipótesis específica 1

H1: Existe relación significativa entre la dimensión higiene y vestido de la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores que acuden a un Centro de Salud – Lima, 2023.

H0: No existe relación significativa entre la dimensión higiene y vestido de la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores que acuden a un Centro de Salud – Lima, 2023.

Tabla 11. Prueba Chi cuadrado para la relación entre la dimensión higiene y vestido de la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores

	Valor	gl	Sig. asintótica (dos colas)
Chi-cuadrado de Pearson	8,430	2	,015
Razón de verosimilitud	8,787	2	,012
Relación lineal por lineal	8,295	1	,004
Número de participantes	84		

Fuente: Procesamiento en IBM SPSS

Nivel de significancia (α) elegido

Se ha establecido un $\alpha = 0.05$ para determinar si los resultados obtenidos en un estudio son estadísticamente significativos. Si el valor p calculado es menor que el 5%, se rechazará la hipótesis nula (H0) y se aceptará la hipótesis alternativa (H1).

Decisión:

Observando la tabla se tiene que el valor $p = 0.015 < 0.05$, logra rechazar H_0 y puede aceptarse H_1 , concluyendo con un 5% de significancia la existencia de asociación significativa entre la dimensión higiene y vestido de la condición funcional y los riesgos de caída en personas ancianas asistentes a un Centro de Salud – Lima, 2023.

Hipótesis específica 2

H1: Existe relación significativa entre la dimensión movilidad de la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores que acuden a un Centro de Salud – Lima, 2023.

H0: No existe relación significativa entre la dimensión movilidad de la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores que acuden a un Centro de Salud – Lima, 2023.

Tabla 12. Prueba Chi cuadrado para la relación entre la dimensión movilidad de la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores

	Valor	gl	Sig. asintótica (dos colas)
Chi-cuadrado de Pearson	17,811	2	,000
Razón de verosimilitud	17,888	2	,000
Relación lineal por lineal	17,526	1	,000
Número de participantes	84		

Fuente: Procesamiento en IBM SPSS

Nivel de significancia (α) elegido

Se ha establecido un $\alpha = 0.05$ para determinar si los resultados obtenidos en un estudio son estadísticamente significativos. Si el valor p calculado es menor que 5%, se rechazará la hipótesis nula (H0) y se aceptará la hipótesis alternativa (H1).

Decisión:

Observando la tabla se tiene que el valor $p = 0.000 < 0.05$, logra rechazar H_0 y puede aceptarse H_1 , concluyendo con un 5% de significancia la existencia de asociación significativa entre la dimensión movilidad de la condición funcional y los riesgos de caída en personas ancianas asistentes a un Centro de Salud – Lima, 2023.

Hipótesis específica 3

H1: Existe relación significativa entre la dimensión continencia de la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores que acuden a un Centro de Salud – Lima, 2023.

H0: No existe relación significativa entre la dimensión continencia de la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores que acuden a un Centro de Salud – Lima, 2023.

Tabla 13. Prueba Chi cuadrado para la relación entre la dimensión continencia de la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores

	Valor	gl	Sig. asintótica (dos colas)
Chi-cuadrado de Pearson	13,432	3	,004
Razón de verosimilitud	13,479	3	,004
Relación lineal por lineal	11,851	1	,001
Número de participantes	84		

Fuente: Procesamiento en IBM SPSS

Nivel de significancia (α) elegido

Se ha establecido un $\alpha = 0.05$ para determinar si los resultados obtenidos en un estudio son estadísticamente significativos. Si el valor p calculado es menor que 5%, se rechazará la hipótesis nula (H0) y se aceptará la hipótesis alternativa (H1).

Decisión:

Observando la tabla se tiene que el valor $p = 0.004 < 0.05$, logra rechazar H_0 y puede aceptarse H_1 , concluyendo con un 5% de significancia la existencia de asociación significativa entre la dimensión continencia de la condición funcional y los riesgos de caída en personas ancianas asistentes a un Centro de Salud – Lima, 2023.

Hipótesis específica 4

H1: Existe relación significativa entre la dimensión alimentación de la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores que acuden a un Centro de Salud – Lima, 2023.

H0: No existe relación significativa entre la dimensión alimentación de la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores que acuden a un Centro de Salud – Lima, 2023.

Tabla 14. Prueba Chi cuadrado para la relación entre la dimensión alimentación de la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores

	Valor	gl	Sig. asintótica (dos colas)
Chi-cuadrado de Pearson	15,885	1	,000
Razón de verosimilitud	15,284	1	,000
Relación lineal por lineal	15,696	1	,000
Número de participantes	84		

Fuente: Procesamiento en IBM SPSS

Nivel de significancia (α) elegido

Se ha establecido un $\alpha = 0.05$ para determinar si los resultados obtenidos en un estudio son estadísticamente significativos. Si el valor p calculado es menor que 5%, se rechazará la hipótesis nula (H0) y se aceptará la hipótesis alternativa (H1).

Decisión:

Observando la tabla se tiene que el valor $p = 0.000 < 0.05$, logra rechazar H_0 y puede aceptarse H_1 , concluyendo con un 5% de significancia la existencia de asociación significativa entre la dimensión alimentación de la condición funcional y los riesgos de caída en personas ancianas asistentes a un Centro de Salud – Lima, 2023.

4.1.3. Discusión de resultados

Este estudio se desarrolló en 84 adultos mayores atendidos en un Centro de Salud de la ciudad de Lima. De acuerdo a la tabla 4, se aprecia que, de los adultos mayores encuestados en su grado de dependencia, la mayor parte presentaba dependencia grave con 56%, seguida de dependencia moderada con 25%, el 9.5% eran independientes, 6% mostraba dependencia leve y 3.6% experimentaba dependencia total. Estos resultados coinciden con el estudio de **Anaya y Ariza** (15) donde el 44.3 % de adultos mayores presentaban dependencia moderada, dependencia escasa 22.7%, severa el 16%, total 6% y tenían independencia el 11%. De igual forma en el estudio de **Ticona** (11) según las personas mayores, el 46.7% manifiestan regular capacidad funcional, 20% capacidad deficiente, 33.3% excelente. Así también, en el estudio de **Quispe** (12) el 45.7% manifestaron capacidad funcional regular, 41.3% capacidad deficiente y 13% ausencia de incapacidad. Similarmente **Campiño et al.** (16) concluyeron que, el 47.2% presentan dependencia moderada, 22.2% independencia, 16.7% tienen leve dependencia, y el 13.9% varía de dependencia severa a dependencia total.

Por otra parte, en la investigación de **Seminario** (13) se obtuvo que, el 64.5% de adultos mayores tenían una disminución en su capacidad de leve a moderada y 35.5% tenían un grado favorable de independencia. De forma similar **Abrego y Ruiz** (14) determinaron que, el 63% tenía dependencia ligera, el 21% moderada, el 12% grave y severa el 4%. Indicaron que, las áreas más independientes fueron comer, bañarse y vestirse con un 94%, 91% y 85% respectivamente, seguido de áreas que necesitan de ayuda, como trasladarse, deambular y subir escalones con 50%, 53% y 55% respectivamente. Pero, de acuerdo a **Hernández et al.** (17) el 57.7% de ancianos tiene independencia en la realización de sus actividades básicas cotidianas.

Según la tabla 5, de acuerdo a la totalidad de adultos mayores evaluados en riesgo de caídas, la mayoría demostró riesgo alto con 72.6% y riesgo bajo 27.4%; en las dimensiones evaluadas, la mayoría presentó bajo riesgo en la dimensión de estado mental con 86.9%, un alto riesgo se observó en déficits sensoriales (81%), le sigue la dimensión de caídas con 66.7%, edad 64.3%, deambulación 59.5% y medicamentos el 54.8%, todas ellas con alto riesgo. Estos resultados concuerdan con el estudio de **Quispe** (12) donde el 63% de participantes, presentaron riesgo alto de caídas, 30.4% riesgo medio y 6.5% riesgo bajo. De igual manera **Abrego y Ruiz** (14) identificaron con respecto a riesgos de caída del adulto mayor, el 69% presentaron riesgo alto y 31% bajo riesgo. Asimismo, **Anaya y Ariza** (15) del total de ancianos encuestados, el 56.3% presentaron caídas, dentro de ellos predominaron las caídas en las mujeres con el 64% del total de caídas. También **Campiño et al.** (16) concluyeron que, el 41.6% de los adultos mayores presentaron alto riesgo en caídas, 44.4% riesgo mediano y 13.8% no presentaron riesgos de caída.

En contraste, en la investigación de **Ticona** (11) se exhibe que, el 53.3% de adultos mayores no presentaron riesgo de caída, pero el 46.7% si lo presentaron. De igual forma **Seminario** (13) identificó en cuanto a la marcha y equilibrio, el 53.3% no tenían riesgo de caer y el 46.4% predecían de riesgo y alto riesgo a caer. Similarmente en el estudio de **Hernández et al.** (17) el 47.8% presentaron caídas, mayormente en los hogares según 75%; el 83% presentaron riesgo bajo de caídas, 15.1% riesgo medio y 2% riesgo elevado; el 68.4% que toman medicamento y el 60.9% que presentan alguna patología. Para **García et al.** (19) los ancianos físicamente activos se clasificaron en el grupo de bajo riesgo; concluyendo que, las personas ancianas físicamente activas manifiestan bajo riesgo al compararlos con los adultos mayores inactivos.

Considerando la asociación de las dos variables, según la tabla 10, del contraste Chi cuadrado, teniendo $\text{sig.} = 0.002 < 0.05$, demuestra que existe relación significativa entre la condición funcional y los riesgos de caída en las personas ancianas asistentes a un Centro de Salud de Lima. También, pudo comprobarse la existencia de alta asociación entre el riesgo de caídas y los componentes de capacidad funcional; alimentación, continencia, vestido, aseo y movilización. Estos resultados concuerdan con el estudio de **Abrego y Ruiz** (14) donde existe relación entre la capacidad funcional y riesgos de caídas ($p = 0.002$). Asimismo, **Quispe** (12), comprobó una relación positiva fuerte con $r=0.854$ ($p=0.000$) de la capacidad funcional frente al síndrome de caídas en personas ancianas. Igualmente, **Seminario** (13) demuestra una relación significativa entre la capacidad funcional y riesgos de caída ($p < 0.001$); indicando que, si la capacidad funcional es deficiente, existirá riesgo alto de caídas.

De forma similar en el estudio de **Anaya y Ariza** (15) se demostró relación entre el riesgo de caídas frente al grado de dependencia funcional ($p= 0.039$). También **Campiño et al.** (16) demostraron la existencia de relación significativa entre el riesgo alto de caídas y la dependencia regular. Para **Hernández et al.** (17) el 57.5% que presentan dependencia funcional inciden en el mayor riesgo de caídas. En el estudio de **Ortega** (18) se halló la existencia de relación significativa entre el nivel cognitivo, los riesgos de malnutrición y capacidad funcional frente a los riesgos de caída en adultos mayores ($p < 0.05$). Asimismo, **Riaño et al.** (20), concluyeron en su investigación que, si la condición física funcional de los ancianos no es óptima, dentro de los parámetros aceptables, existirán riesgos de sufrir alguna caída. Por otro lado, **Ticona** (11) concluyó la existencia de relación negativa entre la capacidad funcional y los riesgos de caída en personas ancianas ($p= 0.000$), con coeficiente de correlación de -0.635 que indica relación inversa moderada.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Primera: se determinó que existe relación significativa entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores que acuden a un Centro de Salud – Lima, 2023, siendo $p\text{-valor} = 0.002 < 0.05$. Lo que indica que, a medida que la capacidad funcional disminuya, el riesgo de caídas será alto.

Segunda: Se identificó la existencia de relación significativa entre la dimensión higiene y vestido de la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores que acuden a un Centro de Salud de Lima; siendo $p\text{-valor} = 0.015 < 0.05$.

Tercera: Se comprobó la existencia de relación significativa entre la dimensión movilidad de la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores que acuden a un Centro de Salud de Lima; siendo $p\text{-valor} = 0.000 < 0.05$.

Cuarta: Se identificó que si existe de relación significativa entre la dimensión continencia de la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores que acuden a un Centro de Salud de Lima; siendo $p\text{-valor} = 0.004 < 0.05$.

Quinta: Se comprobó que existe alta relación significativa entre la dimensión alimentación de la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores que acuden a un Centro de Salud de Lima; siendo significativa con $p\text{-valor} = 0.000 < 0.05$.

5.2. Recomendaciones

Primera: Se recomienda implementar estrategias efectivas de promoción, información, cuidado y prevención dirigidas a la población adulta mayor dentro del centro de salud bajo estudio, y en otros contextos tanto públicos como privados, con el objetivo de mejorar el acceso oportuno a los servicios de salud destinados a atender a este grupo etario. Dichas estrategias deben ser adaptadas de acuerdo a cada contexto y grupo de personas, favoreciendo la inclusión y equidad. Además, se sugiere la creación de un espacio adecuado y confortable para el desenvolvimiento del adulto mayor, que cuente con condiciones óptimas para ofrecer talleres, orientación y terapia de fisioterapia, con el fin de potenciar la funcionalidad y el bienestar de las personas mayores.

Segunda: Se recomienda a las profesionales de enfermería realicen sesiones de consejería y talleres educativos centrados en la prevención de caídas y la promoción de la salud física del adulto mayor. Asimismo, resulta esencial poder capacitar el equipo de atención integral empleando estrategias de evaluación específicas para promover la implementación de intervenciones personalizadas. Además, se sugiere incluir a las personas que proporcionen cuidado al adulto mayor (familiares, cuidadores, personal técnico y personal de salud), involucrándolos de manera activa en las estrategias de prevención y los planes de cuidado integral, estas acciones permitirán obtener resultados sostenibles en el tiempo y reforzar el trabajo realizado de ser necesario.

Tercera: Se sugiere a los profesionales de la salud y estudiantes profundizar en la investigación de factores de riesgo asociados a las caídas y la disminución de la capacidad funcional en adultos mayores. También, se recomienda que la presente propuesta se pueda ampliar a otros establecimientos de salud a nivel nacional, incluyendo contextos con características sociodemográficas diferentes, con la finalidad de validar la efectividad del mismo en una muestra representativa. El disponer de

información detallada sobre la capacidad funcional de los adultos mayores facilitara la implementación de programas de seguimiento personalizados y permitiría brindar una atención más especializada a quienes presentan una mayor discapacidad.

REFERENCIAS

1. Diaz Y, Garcia M. Impacto del envejecimiento sobre el estado nutricional, funcional y la polifarmacia en ancianos. UnivMéd Pinareña. 2021 Abril; 17(1).
2. Abizanda P, Rodríguez L. Tratado de medicina geriátrica. Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores (2da ed.) Elsevier; 2020.
3. MINSA. Adulto mayor: a más vida, más salud. [Online].; 2021 [cited 2022 Enero 25. Available from: <https://n9.cl/h7fxw>.
4. OMS. Envejecimiento y Salud. [Online].; 2018 [cited 2020 Agosto 21. Available from: <https://bit.ly/3jo8Owr>.
5. OMS. Caídas. Sala de noticias, Datos y cifras. [Online].; 2021 [cited 2022 Enero 26. Available from: <https://n9.cl/gfik>.
6. OPS. Envejecimiento y cambios demográficos. [Online].; 2017 [cited 2020 Setiembre 10. Available from: <https://bit.ly/2HsA7s2>.
7. OPS. Envejecimiento saludable. [Online].; 2020 [cited 2022 Enero 27. Available from: <https://bit.ly/3gb4stn>.
8. INEI. Situación de la Población Adulta Mayor. [Online].; 2020 [cited 2022 Enero 27. Available from: <https://n9.cl/yb3o>.
9. INEI. En el Perú hay más de cuatro millones de adultos mayores. [Online].; 2020. Available from: <http://bit.ly/39eOETC>.
10. Aranco N, Stampini M, Ibararán P, Medellín N. Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. Primera ed. Medellín: Banco Interamericano de Desarrollo ; 2018.
11. Ticona Arredondo D. Capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores, Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Tesis desarrollada para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Ica: Universidad Autónoma de Ica; 2021.

12. Quispe Condori N. Síndrome de caídas y capacidad funcional en adultos mayores del Centro de Salud La Revolución. Tesis para obtener el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Juliaca: Universidad Peruana Unión; 2019.
13. Seminario M. Capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores del Centro Integral de Atención del Adulto Mayor Chulucanas. Tesis para optar el título académico de Licenciatura en Tecnología Médica. Piura: Universidad Católica Sedes Sapientiae; 2018.
14. Abrego C, Ruiz Z. Capacidad funcional y riesgo de caídas en pacientes adultos mayores atendidos en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro. Tesis para optar título de Licenciada en Enfermería. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 2018.
15. Anaya D, Ariza C. Factores asociados a caídas en el adulto mayor en el programa de atención domiciliaria. *Rev Peru Investig Salud*. 2018 Marzo 3; 2(1): p. 28-33.
16. 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. *Revista Cultura del Cuidado Enfermería*. 2020 Octubre 30; 17(2): p. 61-74.
17. Hernández M, Juárez C, Báez M, Lumbreras I, J B. Valoración de la dependencia funcional en adultos mayores asociado a riesgo de caídas en el hogar. *Rev Horizonte sanitario*. 2020 enero 15; 19(1): p. 153-165.
18. Ortega Avilés C. Capacidad funcional y riesgo de caídas en pacientes adultos mayores que acuden a la unidad de medicina familiar II, Xochitepec. Trabajo para especialidad en Medicina Familiar. Morelos: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina; 2019.
19. García M, Hernández J, Gómez N, Portes M, Hermosilla F. Fuerza muscular y riesgo de caída en adultos mayores físicamente activos e inactivos pertenecientes a la región del Ñuble. *Rev. Arch. Soc. Chil. Med. Deporte*. 2019 Enero-Junio; 64(1): p. 11-18.
20. Riaño M, Moreno J, Echeverría L, Rangel L, Sánchez J. Condición física funcional y riesgo de caídas en adultos mayores. *Revista Cubana de Investigación Biomédica*. 2018 Febrero; 37(3).

21. Caballero V, Zapata R. Educación y salud en grupos vulnerables Almería: Universidad Almería; 2019.
22. Labrador C. Gerontología y Geriatria: Valoraciones e Intervenciones. In Sánchez A. Discapacidad, deficiencia y estado de salud. Editorial Médica Panamericana; 2010. p. 198.
23. Jimenez E, Fernandez Z, Broche Y, León J, Rodriguez G. Índices de capacidad funcional, ansiedad y depresión de adultos mayores. Rev Nov Pob. 2021 enero-junio; 17(33): p. 223-244.
24. Cousirat-Sanabria M. Dependencia física de pacientes internados en un hospital geriátrico según la escala de Barthel. Rev UN Med. 2020; 9(1): p. 7.1-7.14.
25. Mahoney F, Barthel D. Functional evaluation: The Barthel Index. Maryland State Medical Journal. 1965; 14(1).
26. Guerrero J. Higiene y salud comunitaria. Primera ed. México: Klik Soluciones Educativas; 2020.
27. Williams P. Enfermería Geriátrica. Séptima ed. Barcelona: Elsevier Health Sciences; 2020.
28. Paredes Y, Pinzón E. Desempeño funcional en un grupo de adultos mayores. Rev Cubana Med Gen Integr. 2018 Octubre-Diciembre; 34(4).
29. Carrasco M, Born M. Manual de geriatría: Una mirada práctica e interdisciplinaria. Primera ed. Chile UCd, editor. Santiago: Ediciones UC; 2021.
30. Naranjo-Hernández Y. Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. Rev. Arch Med Camagüey. 2019 Junio; 23(6).
31. OMS. Caídas:Datos y cifras. [Online].; 2021 [cited 2022 Julio 5. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>.
32. Navarro S, Morales G, Coronados V, Viltres M, Andrade G, Alba G. Riesgo de caída en adultos mayores atendidos en el hospital de Rehabilitación. Rev Cub de Med Fis y Rehab. 2020 Mayo; 12(3).

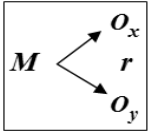
33. Guitérrez E, Meneses A, Bermudez P, Gutierrez A, Padilla A. Utilidad de las escalas de Downton y de Tinetti en la clasificación del riesgo de caída de adultos mayores en la atención primaria. *Acta Médica del Centro*. 2022 Enero-Marzo; 16(1).
34. Santamaría M, González J, González J. Caídas previas y riesgo de caídas en relación a la fragilidad. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 2019 Enero; 2(1).
35. García B, Gonzales S, Cardoso A, Antón I, Caballero B. Uso de medicamentos asociados al riesgo de caídas en ancianos no institucionalizados. *Rev Esc Enferm USP*. 2018 Enero; 52(1).
36. Parada K, Rodríguez M, Otoyá F, Loaiza K, León S. Síndromes geriátricos: caídas, incontinencia y deterioro cognitivo. *Rev Hisp Cienc Salud*. 2020; 6(4): p. 201-210.
37. Cegarra Sánchez J. *Los métodos de investigación*. Primera ed. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2012.
38. Gómez M. *Introducción a la metodología de la investigación científica*. Primera ed. Córdoba-Argentina: Brujas; 2006.
39. Ñaupas H, Valdivia M, Palacios J. *Metodología de la investigación*. Quinta ed. Bogotá: Ediciones de la U; 2018.
40. Hernandez Sampieri R, Fernandez Collado C, Baptista Lucio P. *Metodología de la investigación*. Sexta ed. México: McGraw Hill; 2014.
41. Tamayo M. *El proceso de la investigación científica*. Quinta ed. México: Limusa; 2014.
42. Pérez Lopez C. *Muestreo Estadístico*. Primera ed. España: Pearson Educacion; 2006.
43. Gil Pascual J. *Técnicas e instrumentos para la recogida de información*. Primera ed. Madrid: UNED; 2016.
44. Valderrama S. *Elaboración de proyectos y tesis investigativas* Lima: San Marcos; 2015.
45. Downton J. *Falls in the elderly*. 1st ed. Londres: Better World Books; 1993.

46. Martínez P, Fernandez G, Frades B, Rojo F, Petidier R. Validación de la Escala de Independencia Funcional. *Gac Sanit.* 2009 Junio; 23(1).
47. Barrientos J, Hernandez A, Hernández M. Adaptación y validación de un instrumento de valoración de riesgo de caída. *Enfermería Universitaria.* 2013; 10(4): p. 114-119.
48. Pino Gotuzo R. Metodología de la investigación. Tercera ed. Lima: San Marcos; 2014.
49. Mocho Vasallo J. Estadística aplicada a las ciencias de la salud. Segunda ed. Barcelona: Elsevier Health Sciences; 2021.
50. Salazar M, Icaza M, Alejo O. La importancia de la ética en la investigación. *Revista Universidad y Sociedad.* 2018 Marzo; 10(1).

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Título: Capacidad funcional y riesgo de caídas de adultos mayores de un centro de salud – Lima, 2023

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p>Problema general</p> <p>¿Cuál es la relación entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores que acuden a un Centro de Salud – Lima, 2023?</p> <p>Problemas específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la relación entre la dimensión higiene y vestido de la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores que acuden a un Centro de Salud – Lima, 2023? • ¿Cuál es la relación entre la dimensión movilidad de la capacidad funcional y y el riesgo de caídas de los adultos mayores que acuden a un Centro de Salud – Lima, 2023? • ¿Cuál es la relación entre la dimensión continencia de la capacidad funcional y el 	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la relación entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores que acuden a un Centro de Salud – Lima, 2023.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar la relación entre la dimensión higiene y vestido de la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores que acuden a un Centro de Salud – Lima, 2023. • Identificar la relación entre la dimensión movilidad de la capacidad funcional y y el riesgo de caídas de los adultos mayores que acuden a un Centro de Salud – Lima, 2023. • Identificar la relación entre la dimensión continencia de la capacidad funcional y el 	<p>Hipótesis general</p> <p>H₁: Existe relación significativa entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores que acuden a un Centro de Salud – Lima, 2023.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>H₁: Existe relación significativa entre la dimensión higiene y vestido de la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores que acuden a un Centro de Salud – Lima, 2023.</p> <p>H₁: Existe relación significativa entre la dimensión movilidad de la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores que acuden a un Centro de Salud – Lima, 2023.</p> <p>H₁: Existe relación significativa entre la dimensión continencia de la capacidad funcional y el</p>	<p>X: Capacidad funcional</p> <p>X₁: Higiene y vestido</p> <p>X₂: Movilidad</p> <p>X₃: Continencia</p> <p>X₄: Alimentación</p> <p>Y: Riesgo de caídas</p> <p>Y₁: Caídas previas</p> <p>Y₂: Medicamentos</p> <p>Y₃: Déficits sensitivo- motores</p> <p>Y₄: Estado mental</p> <p>Y₅: Deambulación</p> <p>Y₆: Edad</p>	<p>Método de investigación</p> <p>Hipotético-deductivo</p> <p>Enfoque de investigación</p> <p>Enfoque cuantitativo</p> <p>Tipo de investigación</p> <p>El estudio es de tipo Aplicada</p> <p>Diseño de investigación</p> <p>No experimental, correlacional, de corte transversal.</p> <div style="text-align: center;">  <pre> graph LR M --> Ox[O_x] M --> r[r] M --> Oy[O_y] </pre> </div> <p>Población</p> <p>Total de 84 adultos mayores que acuden a un Centro de Salud de la ciudad de Lima, en el año 2023.</p> <p>Técnica</p> <p>Encuesta</p>

<p>riesgo de caídas de los adultos mayores que acuden a un Centro de Salud – Lima, 2023?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la relación entre la dimensión alimentación de la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores que acuden a un Centro de Salud – Lima, 2023? 	<p>riesgo de caídas de los adultos mayores que acuden a un Centro de Salud – Lima, 2023.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar la relación entre la dimensión alimentación de la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores que acuden a un Centro de Salud – Lima, 2023. 	<p>riesgo de caídas de los adultos mayores que acuden a un Centro de Salud – Lima, 2023.</p> <p>H₁: Existe relación significativa entre la dimensión alimentación de la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores que acuden a un Centro de Salud – Lima, 2023.</p>		<p>Instrumentos 02 cuestionarios: Índice de Barthel y Escala de J.H. Downton</p> <p>Análisis de Datos Se construirán tabulaciones, gráficos y porcentajes para la descripción de las variables propuestas. Para contrastar la hipótesis planteada se aplicará el test estadístico Chi cuadrado:</p> $\chi^2_o = \sum_{i=1}^m \sum_{j=1}^k \frac{(O_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}}$
--	---	---	--	---

Anexo 2: Instrumentos de investigación

ÍNDICE DE BARTHEL (AVD) SOBRE CAPACIDAD FUNCIONAL

Presentación:

Buenos días estimado(a) participante mi nombre es Evelin Rojas Juanpedro, estoy realizando una investigación con la finalidad de obtener información sobre su capacidad funcional, para lo cual le agradeceré su colaboración, teniendo en cuenta que el presente documento es confidencial y los datos serán mantenidos en el anonimato.

Instrucciones

El siguiente cuestionario contiene un conjunto de preguntas acerca de la capacidad funcional. Se pide por favor que respondan a cada pregunta con total sinceridad con la finalidad que se obtengan información valida. Trata de manifestar lo que estas experimentado en tu situación actual e indica las alternativas que describetu reacción. Deberá responder marcando con un aspa en la casilla que mejor describe su reacción usando las siguientes alternativas:

I. Datos Generales

A. Edad (en años): _____ B. Sexo: a) Masculino b) Femenino

C. Estado Civil

a) Soltero b) Casado c) Conviviente d) Divorciado e) Viudo

D. Grado de instrucción

a) Sin instrucción b) Primaria c) Secundaria d) Técnico e) Profesional

E. Procedencia: a) Costa b) Sierra c) Selva

II. Índice de Barthel

Nº		Pts	
1	Se lava completo en ducha o baño. Entra y sale del baño sin una persona presente	Independiente	5
		Dependiente	0
VESTIDO			
2	Se viste, se desnuda, y se ajusta la ropa. Se ata los zapatos, botones, cremalleras	Independiente	10
3	Necesita ayuda, pero al menos realiza la mitad de tareas en un tiempo razonable sinayuda	Ayuda	5
		Dependiente	0
ASEO PERSONAL			
4	Se lava la cara, manos, y dientes. Se afeita, se peina	Independiente	5
		Dependiente	0
USO DEL RETRETE			

5	Usa el retrete o cuña. Se sienta, se levanta, se limpia y se pone la ropa sólo	Independiente	10
6	Necesita ayuda para mantener el equilibrio, limpiarse, o ponerse/quitarse la ropa	Ayuda	5
		Dependiente	0
USO DE ESCALERAS			
7	Sube o baja escaleras sin supervisión, aunque use la barandilla o bastones	Independiente	10
8	Necesita ayuda física o supervisión para subir o bajar escaleras	Ayuda	5
		Dependiente	0
TRASLADO SILLÓN-CAMA			
9	No necesita ayuda. Si usa silla de ruedas lo hace independientemente	Independiente	15
10	Necesita una mínima ayuda (física o verbal) o supervisión	Ayuda mínima	10
11	Es capaz de sentarse, pero necesita mucha asistencia para el traslado	Gran Ayuda	5
12	no se mantiene sentado	Dependiente	0
DESPLAZAMIENTO			
13	Camina al menos 50 metros solo o con ayuda de bastón, excepto andador	Independiente	15
14	Puede caminar al menos 50 metros, pero necesita ayuda o supervisión (física o verbal)	Ayuda	10
15	Propulsa su silla de ruedas al menos 50 metros	Indep. silla de ruedas	5
		Dependiente	0
CONTROL DE ORINA (Se evalúa la semana anterior)			
16	No presenta episodios de incontinencia. Si necesita sonda o colector, se cuida sólo	Continente	10
17	Episodios ocasionales, con una frecuencia máximo 1/24 hs)	Incont. ocasional	5
18	Episodios de incontinencia con frecuencia 1 vez al día	Incontinente	0
CONTROL DE HECES (se evalúa en el mes anterior)			
19	No presenta episodios de incontinencia. Si usa enemas o supositorios, se arregla sólo	Continente	10
20	Episodios ocasionales 1 vez/semana. Ayuda para usar enemas o supositorios.	Incont. ocasional	5
		Incontinente	0
ALIMENTACIÓN			
21	Capaz de usar cualquier instrumento. Come en un tiempo razonable	Independiente	10
22	Necesita ayuda para cortar, extender la mantequilla, usar condimentos	Ayuda	5
		Dependiente	0

Se establece puntuación en escala: 0-20 dependencia total, 21-60 dependencia severa, 61-90 dependencia moderada, 91-99 dependencia escasa, 100 independencia

¡Gracias por su colaboración!

ESCALA J.H. DOWNTON PARA MEDIR RIESGO DE CAÍDAS

Dimensiones	Indicadores	Puntaje
1. Caídas previas	No	0
	Si	1
2. Medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes o sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Anestesia	1
3. Déficits sensitivo-motores	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (parálisis)	1
4. Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
5. Deambulación	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda/ sin ayuda	1
	Imposible	1
6. Edad	<70 años	0
	>70 años	1

Clasificación:

- *Riesgo bajo: 0 a 2 puntos*
- *Riesgo alto: Más de 2 puntos*

Anexo 3: Consentimiento informado

Instituciones: Universidad Privada Norbert Wiener

Investigadora: Evelin Rojas Juanpedro

Título: Capacidad funcional y riesgo de caídas de adultos mayores de un centro de salud – Lima, 2023

Propósito del estudio

Lo invitamos a participar en un estudio denominado: “Capacidad funcional y riesgo de caídas de adultos mayores de un centro de salud – Lima, 2023”. Este es un estudio desarrollado por una investigadora de la Universidad Privada Norbert Wiener, Evelin Rojas Juanpedro. El propósito de este estudio es determinar la relación entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores que acuden a un Centro de Salud – Lima, 2023. Su ejecución permitirá que la persona mayor tenga un tratamiento adecuado y desarrollar medidas de prevención ante riesgos de caídas, y de esta manera la persona anciana logrará tener un mejor cuidado.

Procedimientos

Si usted decide participar en este estudio, se le realizará lo siguiente:

La encuesta puede demorar unos 30 minutos, donde se le entregará dos cuestionarios estandarizados, en el cual marcará según las alternativas que crean conveniente de acuerdo a su percepción. Los resultados de la investigación se le entregarán a usted en forma individual o almacenarán respetando la confidencialidad y el anonimato.

Riesgos

Su participación en el estudio no conllevará riesgo alguno, porque que no se realizará ninguna modificación o intervención intencionada sobre variables sociales, psicológicas, biológicas o de usted como participante, solo se obtendrá información acerca de su percepción sin efectuar alguna terapia. Pertenecen a esta clasificación: estudios con utilización de algún cuestionario o entrevista anónima, en el cual no se permite la identificación de las personas que participan, data sensible, tampoco deben tratarse estados sensibles de conductas; estudios que hacen uso de información de libre acceso al público, estudios realizados con registros o muestras biológicas que se almacenan en laboratorios de salud sin identificación concreta de los usuarios.

Beneficios

Usted se beneficiará porque a partir de los resultados se implementarán estrategias para brindar tratamientos adecuados para mejorar la capacidad funcional y desarrollar medidas de prevención ante riesgos de caídas; por ende, los resultados del trabajo permitirán que las enfermeras y equipo multidisciplinario del establecimiento tomen decisiones para concientizar a los familiares acerca del cuidado en trato y calidad del familiar mayor; el cual al llegar a esta etapa es afectada por diversos cambios biológicos, psicológicos y sociales que inciden en su capacidad funcional; lo cual involucra también a la familia y entorno comunitario.

Costos e incentivos

Usted no pagará nada por participar. Tampoco recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

Confidencialidad

Nosotros guardaremos la información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita su identificación. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio.

Derechos del paciente

Si usted se siente incómodo durante la ejecución de la investigación, podrá retirarse de este en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna inquietud o molestia, no dude en preguntar al personal del estudio. Puede comunicarse con Evelin Rojas Juanpedro (número de teléfono: _____) o al comité que validó el presente estudio, presidenta del Comité de Ética para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, *E-mail*: comite.etica@uwiener.edu.pe.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio. Comprendo qué cosas pueden pasar si participo en el proyecto. También entiendo que puedo decidir no participar, aunque yo haya aceptado y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Participante

Nombres:

DNI:

Investigador

Nombres:

DNI:

● 10% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 10% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 9% Base de datos de trabajos entregados
- 2% 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	4%
2	hdl.handle.net Internet	<1%
3	Universidad Cesar Vallejo on 2021-07-03 Submitted works	<1%
4	issuu.com Internet	<1%
5	Universidad Privada San Juan Bautista on 2025-05-06 Submitted works	<1%
6	Universidad Privada San Juan Bautista on 2025-02-17 Submitted works	<1%
7	repositorio.unjfsc.edu.pe Internet	<1%
8	repositorio.ucv.edu.pe Internet	<1%