



Universidad
Norbert Wiener

Powered by **Arizona State University**

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

Tesis

Riesgos de caída y capacidad funcional en el adulto mayor del centro integral de
atención al adulto mayor en Ate, 2024

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

Presentado por:

Autora: Miranda Loaiza, Milady Rosmary


Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-0994-163X>

Asesora: Mg. Auris Quispe, Marleny del Rosario

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9411-8063>

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

Yo, Milady Rosmary Miranda Loaiza egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Escuela Académica Profesional de **Tecnología Médica** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación “Determinar la relación significativa entre riesgo de caídas y capacidad funcional en el adulto mayor del Centro Integral De Atención Al Adulto Mayor En Ate, 2024” Asesorado por el docente: Mg. Marleny del rosario Auris Quispe DNI 42393626 ORCID 0009-0004-0994-163x tiene un índice de similitud de 19 (diecinueve) % con código oid:14912:419009265 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.



Milady Rosmary Miranda Loaiza

.....
 Firma de autor 1
 Nombres y apellidos del Egresado
 DNI: ...48359342.....

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



.....
 Firma
 Nombres y apellidos del Asesor
 Mg. Marleny del rosario Auris Quispe
 DNI: 42393626

Lima, 03 de enero de 2025

INDICE

CAPITULO I: EL PROBLEMA	4
1.1.Planteamiento del problema	4
1.2.2. Problemas específicos	6
1.3.2. Objetivos específicos	6
1.4.2. Justificación Metodológica	7
1.4.3. Justificación Práctica	7
1.5. Limitaciones de la investigación	8
CAPITULO II : MARCO TEORICO	9
2.2. Bases teóricas	13
— Ho: No se observa una relación significativa entre capacidad funcional y riesgo de caídas en los adultos mayores	22
Hipótesis específicas	22
CAPITULO III : METODOLOGÍA	23
3.1. Método de la investigación	23
3.2. Enfoque de la investigación	23
3.3. Tipo de la investigación	23
3.4. Diseño de la investigación	23
3.5. Población, muestra y muestreo	24
3.6. Variables y operacionalización	25
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	27
3.7.1. Técnica	27
3.7.3. Validez	30
3.7.4. Confiabilidad	30
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos	31
CAPITULO IV: PRESENTACION Y DISCUSION DE RESULTADOS	32
4.1Resultados	32
4.1.1 Análisis Descriptivo	32
4.1.2 Prueba de Hipótesis	38
4.2. Discusión	43
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	46
• En el Centro Integral de Atención al Adulto Mayor en Ate, 2024, se observó una conexión entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas en los adultos mayores. En particular: 46	
• Existe una relación entre la dimensión equilibrio y el riesgo de caídas.....	46
• También hay una correlación entre la dimensión resistencia y el riesgo de caídas.	46

5.2 Recomendaciones	46
6. REFERENCIAS	48
ANEXOS	55
AnexoNo1: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	56
Anexo N°2: Instrumento	57
ANEXO N°3: Validación de instrumentos	61
Anexo N°4 : Consentimiento Informado	65

Índice de Tablas

Tabla 1. Tabla de frecuencia según sexo en los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor	32
Tabla 2. Tabla descriptiva relacionada con la edad de los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor	34
Tabla 3. Tabla de frecuencia de los niveles de la variable capacidad funcional niveles de capacidad funcional en los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor	35
Tabla 4. Tabla de frecuencia de los niveles de la variable Riesgo de caídas en los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor	37
Tabla 5. Tabla de prueba de normalidad para las variables de estudio y las dimensiones de capacidad funcional en los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor	38
Tabla 6. Tabla de Correlaciones entre la capacidad funcional y riesgo de caída en los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor	.39
Tabla 7. Tabla de correlaciones entre la dimensión equilibrio y riesgo de caída en los adultos	

mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor.	40
Tabla 8. Tabla de correlaciones entre la dimensión velocidad de la marcha y riesgo de caída en los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor	41
Tabla 9. Tabla de correlaciones entre la dimensión resistencia y riesgo de caída en los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor	42
Índice de Gráficos	
Gráfico 1. Diagrama de barras – Dato sociodemográfico sexo	33
Gráfico 2. Diagrama de barras – Niveles de la variable Capacidad funcional en los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor	34
Gráfico 3. Diagrama de barras – Niveles de la variable Riesgo de caídas en los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor	35

RESUMEN

Objetivo: “Determinar la relación significativa entre riesgo de caídas y capacidad funcional en el adulto mayor del Centro Integral De Atención Al Adulto Mayor En Ate, 2024”. **Materiales y métodos:** El grupo de estudio estuvo formado por 180 adultos mayores de ambos sexos que acuden al Centro Integral del Adulto Mayor cuyas edades oscilan de 60-90 años, El estudio adoptó un enfoque hipotético-deductivo, con una orientación cuantitativa, de aplicación práctica, diseñado como no experimental y con un corte transversal y se usó 2 instrumentos para evaluar la capacidad funcional se implementó el Test SPPB, mientras que el riesgo de caídas se midió utilizando la Escala de Tinetti. **Resultados:** Se demostró una correlación entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas con un valor de $p=0.000$, por otro lado, también se mostró una correlación entre el riesgo de caídas y la dimensión equilibrio de la capacidad funcional con un valor de $p=0.000$, así mismo también se evidencio una correlación entre Riesgo de caídas y la dimensión velocidad de la marcha de la capacidad funcional con un valor de $p=0.000$. de igual forma, hay relación entre riesgo de caídas y capacidad funcional en el adulto mayor del Centro Integral De Atención Al Adulto Mayor En Ate, 2024. **Conclusiones:** Hay vínculo entre riesgo de caídas y capacidad funcional en el adulto mayor

Palabras claves: Riesgo de caídas, adulto mayor y capacidad funcional.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between fall risk and functional capacity in the elderly at the Centro Integral De Atención Al Adulto Mayor in Ate, 2024. **Materials and Methods:** The study group consisted of 180 older adults of both sexes attending the Centro Integral del Adulto Mayor, aged between 60-90 years. The study adopted a hypothetical-deductive approach, with a quantitative orientation, of practical application, designed as non-experimental and cross-sectional. Two instruments were used: the SPPB test to assess functional capacity, and the Tinetti scale to measure fall risk. **Results:** A correlation was demonstrated between functional capacity and fall risk, with a p-value of 0.000. Additionally, a correlation was shown between fall risk and the balance dimension of functional capacity, also with a p-value of 0.000. Similarly, a correlation was evidenced between fall risk and the walking speed dimension of functional capacity, with a p-value of 0.000. Likewise, there is a relationship between fall risk and functional capacity in the elderly at the Centro Integral De Atención Al Adulto Mayor in Ate, 2024. **Conclusions:** There is a relationship between fall risk and functional capacity in the elderly at the Centro Integral De Atención Al Adulto Mayor in Ate, 2024.

Keywords: Older adult, risk of falls, and functional capacity.

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Con base al Organización Mundial de la Salud, se considera AM a partir de los 60 años a más. En el mundo, las personas consideradas adultas mayores han crecido en proporciones de alrededor del 2% en mayores de 60 por año, calculándose que existen alrededor de los 600 millones a nivel mundial, presumiéndose que en 2025 esta cifra se duplicará y que en el 2050 se llegue a los 2000 millones (1). En una publicación hecha por la corporación de radio y televisión de Turquía de este año menciona que Europa es el continente con más adultos mayores en su población con un 19%, luego continua con Norteamérica con un 17%, luego Oceanía con un 13%, Asia y Sudamérica con un 9%. (2).

En Perú, De acuerdo con el “Fondo de Población de las Naciones Unidas del Perú” en 2015 se estimó la cifra de personas adultas mayores era de 3 millones y para el 2018 se elevó a 3 345 552. Actualmete en nuestro país el “Instituto Nacional de Estadística e Informática público: que existen 4 millones 598 mil personas de 60 y más años de edad, Según género, el 52,4% de los AM son mujeres (2 millones 412 mil) y el 47,6% varones (2 millones 187 mil)”. (3) (4).

La OMS nos indica que la capacidad funcional “Engloba las capacidades que habilitan a una persona para ser y realizar lo que es relevante para ella y comprende 5 dominios fundamentales, que los factores ambientales pueden ampliar o restringir. Estas capacidades

son: cubrir las necesidades fundamentales, aprender, desarrollarse y tomar decisiones, poseer movilidad, construir y preservar relaciones y aportar con la sociedad”. Es por ello que en primera instancia el adulto mayor debe poder realizar su actividad básica de vida diaria, para mantener la capacidad funcional y llegar a una vejez con bienestar y salud (5). Otros autores definen a la capacidad funcional como “la facultad que posee una persona para llevar a cabo las tareas de la vida diaria, sin requerir la supervisión”. En los peruanos, la prevalencia es alta dependencia severa y parcial en AM que están afiliados al sistema social de salud (Es Salud) se situó entre el 12,9 y el 6 % de forma respectiva. Por ello es importante poder realizar la evaluación del estado funcional en el adulto mayor en diferentes distritos del Lima y provincias del Perú ya que nos permite determinar realmente las condiciones físicas en las que se encuentran los adultos mayores. (6)

La caída en adultos es un problema mundial de la salud pública, por ello la OMS nos dice Una caída involuntaria causada por un acontecimiento inesperado, ha realizado un cálculo donde se advierte que cada año se generan 684000 caídas con consecuencias mortales; por eso las caídas son causa de muerte considerado como segundo lugar por lesión no intencional, y también se menciona que en ese mismo lapso de tiempo existen 37,3 millones de caídas, aunque no causen la muerte, se necesita asistencia de un médico.(7).Actualmente, en estima que en nuestro país aproximadamente un 30% de los adultos mayores de 60 años experimentan al menos una reducción anual y en ellas un 5% concluyen con diagnósticos de fracturas, siendo más frecuente las de cadera. Por otro lado, quien padece discapacidad como consecuencias de las caídas, particularmente los adultos mayores, correrán más riesgos de necesitar atenciones a largo plazo e ingresos a instituciones hospitalarias. (8). Por todo lo mencionado he visto por conveniente investigar acerca de riesgos de caídas y la capacidad funcional en personas adultas mayores del centro integral de atención al adulto

mayor en ate, 2024 para dar conocer la estadística que nos ayudaran para poder intervenir y prevenir las caídas en adultos mayores.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

— ¿Cuál es la relación significativa entre riesgo de caídas y capacidad funcional en el adulto mayor del Centro Integral De Atención Al Adulto Mayor En Ate, 2024?

1.2.2. Problemas específicos

— ¿Cuál será la relación significativa entre riesgo de caídas y la dimensión equilibrio de capacidad funcional en el adulto mayor del Centro Integral De Atención Al Adulto Mayor En Ate, 2024?

— ¿Cuál será la relación significativa entre riesgo de caídas y la dimensión velocidad de la marcha de capacidad funcional en el adulto mayor del Centro Integral De Atención Al Adulto Mayor En Ate, 2024?

— ¿Cuál será la relación significativa entre riesgo de caídas y la dimensión resistencia de capacidad funcional en el adulto mayor del Centro Integral De Atención Al Adulto Mayor En Ate, 2024?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

— Determinar la relación significativa entre riesgo de caídas y capacidad funcional en el adulto mayor del Centro Integral De Atención Al Adulto Mayor En Ate, 2024.

1.3.2. Objetivos específicos

— Determinar la relación significativa entre riesgo de caídas y la dimensión equilibrio de capacidad funcional en el adulto mayor del Centro Integral De Atención Al Adulto

Mayor En Ate, 2024

- Determinar la relación significativa entre riesgo de caídas y la dimensión velocidad de la marcha de capacidad funcional en el adulto mayor del Centro Integral De Atención Al Adulto Mayor En Ate, 2024
- Determinar la relación significativa entre el riesgo de caídas y la dimensión resistencia de capacidad funcional en el adulto mayor del Centro Integral De Atención Al Adulto Mayor En Ate, 2024

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Justificación Teórica

El objetivo de la pesquisa fue aportar al objetivo de la investigación determinado por los investigadores en el que se encuentran nuestros adultos mayores, ya que este es uno de los grandes desafíos que afecta a este grupo de la población. Según la OMS menciona que cada año se generan 684000 caídas con consecuencias mortales; por eso las caídas es la segunda causa en el mundo de muerte por lesión no intencional. (9)

1.4.2. Justificación Metodológica

La investigación utilizo dos instrumentos validados internacionalmente y nacional, primero para la capacidad funcional usaremos la prueba SPPB (Batería corta de desempeño físico) y el test de Tinetti para riesgos de caída, con los cuales se aplicarán para la recolección de datos.

1.4.3. Justificación Práctica

La investigación se plasmó en una base de datos sobre la “relación entre riesgo de caídas y la capacidad funcional en los AM” existentes en nuestro país, lo que servirá de guía para un futuro programa de ejercicios terapéuticos u otros estudios relacionados y cuyos

resultados servirán para usar en trabajos o proyectos de investigación relacionadas a las ciencias de la salud, así como para conocimiento al público en general.

1.5. Limitaciones de la investigación

- Problemas para interactuar con el adulto mayor, a causa de dificultades auditivas, visuales o cognitivas, así como hallar al adulto mayor cansado o desgastado debido a su estado físico o emocional.
- Restringieron la recolección de datos algunos aspectos emocionales como la vergüenza, el miedo a ser identificado, las características culturales, entre otros.
- El centro de cuidado tuvo recursos escasos, tanto de personal como de equipo, y no se logró un acceso inmediato a los adultos mayores para la encuesta.

CAPITULO II : MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes

Internacionales

Sánchez. (10) su propósito fue “analizar el desempeño físico de los adultos mayores de la Residencia El Roble y La Casa del Adulto Mayor Mi Amigo Divino” en donde realizaron estudios de forma observacional con enfoque cuantitativo con 30 integrantes, utilizaron la como instrumento de rendimiento físico SPPB que analiza el desempeño físico obteniendo como resultado que el estudio sobre el rendimiento físico revelo que el 100% de los adultos mayores de las viviendas estudiadas, se mostraron alto riesgo de caídas concluyendo a que los AM residentes que fueron parte del proyecto de investigación presentan mayor riesgo de caídas según los datos que arrojaron del desempeño físico de los participantes.

Astaiza et al. (11) En el año 2021 investigaron para “determinar el nivel de fragilidad, funcionalidad y riesgo de caídas en adultos mayores de una comuna de Cali, Colombia”, Con una metodología de estudio descriptiva, se aplicó el test de rendimiento físico y se compararon los grupos de individuos según su nivel de fragilidad en vigoroso, pre frágil y frágil. Se encontró que 197 AM, predominantemente femenina, con una edad media de $73,88 \pm 7,96$ años. En la valoración del alcance funcional y la fuerza de agarre, empleé el dinamómetro para determinar que el 14,2% de los participantes presentaban un riesgo de sufrir caídas; respecto al test de rendimiento físico, el 12,7% mostraron restricciones funcionales y el 76,6% resulto en

pre-fragilidad y fragilidad concluyeron que la mayoría de las personas AM fue mujeres en pre fragilidad, lo que exactamente implica que en el poco/medianos y largo plazo, debido a la edad y por el mal rendimiento físico deficiente, la fragilidad se intensificaría.

Campiño et al.(12) En el 2020 investigaron con el fin de “describir la relación que existe entre el riesgo de caídas y el estado mental, la autonomía física, la marcha y el equilibrio del adulto mayor residente en el hogar Nuestra señora de los Dolores de Santiago de Chile”, el análisis fue descriptivo de tipo transversal con enfoque cuantitativo y correlacional, utilizando las herramientas como escalas de “Downton, Índice de Barthel”, “Pfeiffer y Escala de Tinetti” con una población de 36 adultos mayores mostrando lo que demuestra un elevado riesgo de caída del 100%, con causas relacionados como nivel de superior de dependencia, cambios en la caminata y variación del equilibrio, la polifarmacia, tener varias comorbilidades.

Riaño et al (13) A lo largo del año 2018 investigaron con la finalidad de “Determinar la condición física y el riesgo de caídas en los adultos mayores pertenecientes al Instituto para el fomento del Deporte y Recreación de Barrancabermeja”, teniendo como método de Estudio de tipo transversal, se evaluó a 40 individuos a quienes se utilizó la “escala Tinetti” para detectar el riesgo de caídas y la “batería Senior Fitness” Test que concluye la condición física funcional. Obteniendo un resultado lo que compone como la condición física, excepto la flexibilidad, se descubrió que eran superiores al promedio de acuerdo con el rango de edad de la población. Adicionalmente, se visualizó que el riesgo de caídas es inversamente vinculado con el peso, al IMC, a la tolerancia muscular y directamente vinculada a la agilidad $p < 0,05$.

Silva et al (14) En el año 2019 Investigaron “las causas y los factores asociados a las caídas del adulto mayor”, investigación descriptiva y transversal con 183 personas de edad avanzada

que fueron atendidas en un consultorio de geriatría de un hospital público, donde se emplearon los instrumentos del perfil demográfico, Examen Mini de Salud Mental, "Índice de Barthel", Escala de "Lawton y Brody", Escala de Depresión en la Tercera Edad; resultando que la incidencia de caídas fue del 24%. Los sitios con mayores recurrencias fueron la sala, el dormitorio y la calle. De los que cayeron el 9.1% fue internado y el 59.1% experimentaron llagas. las repercusiones de las caídas incluyeron problemas para andar, temor a experimentar una nuevamente una caída y cambio de residencia.

Nacionales

Castillo y Contreras (15) En el año 2022 realizaron una investigación para “determinar la relación que existe entre la capacidad funcional y el riesgo de caída en los adultos mayores de casa hogar Santa María de la Caridad” Se utilizaron herramientas para medir el riesgo de descenso en la Escala de TINETTI, Batería de Rendimiento Físico Corto (SPPB) para la capacidad funcional. Los resultados señalan que en el 35% con riesgo de descenso, el 12% que presenta un nivel medio de capacidad funcional presenta un riesgo bajo de descenso, mientras que el 7% que presenta un rendimiento intermedio de la capacidad funcional presenta un riesgo bajo de descenso.

Romero y Sernaqué (16) En el año 2022 “determinaron la relación entre rendimiento físico y riesgo de caída en adultos mayores del Grupo Residencial del Sector 2 de Villa el Salvador 2022” en donde se utilizó el test Short Physical Performance Battery (SPPB), el cuestionario de J. H. Downton y la obtención de datos sociodemográficos, se observó que el 59% se encuentra entre 60 a 70 años; se resaltó que las mujeres predominan con un 64 %, mientras el 66% de los AM presentan comorbilidades; el 55% dieron a conocer que existen las barreras arquitectónicas en el lugar donde residen. Asimismo, el 67 % resulto un buen

rendimiento físico; mientras el 41% de los participantes, se observa un alto riesgo de caída. Finalizando que hay relación entre el rendimiento físico y el riesgo de caídas en AM.

Ruiz y Abrego (17) En el año 2018 en su investigación tuvieron como “objetivo de señalar las relaciones existentes entre las capacidades funcionales y el riesgo de caída en adultos mayores”, para ello su metodología fue cuantitativa, correlacional, utilizando instrumentos como índice de Barthel y para riesgos de caídas el J.H Downton. Resultando la existencia de relaciones entre las capacidades funcionales y los riesgos de caída en persona adulta mayor en un 63% con dependencias ligeras, el 21% con dependencias moderadas, en relación la actividad básica de vida cotidiana. Concluyendo la existencia de relaciones entre las capacidades funcionales y los riesgos de caída, siendo el área más afectada la empleada para poder movilizarse.

Seminario. (18) el propósito del estudio fue determinar la relación entre capacidades funcionales y riesgos de caída en persona adulta mayor del centro integral de atención al adulto mayor Chulucanas, 2018” se empleo los siguientes instrumentos como: Índice de Barthel, la Escala de "Lawton y Brody", el "Test de Tinetti", además de un formulario de datos sociodemográfico. Obteniendo como resultado la existencia de relaciones significativas entre las capacidades funcionales y los riesgos de caída $p < 0.001$; y para el dato de perfiles sociodemográficos los lugares de residencias sus relaciones con los riesgos de caída fue $p=0.042$, concluyendo que a menores capacidades funcionales mayores serán los riesgos de caída; y, también los lugares de residencia influyen en las presentaciones de estas eventualidades.

Phele y Céspedes (19) En el año 2017 En su trabajo sobre niveles de funcionalidades

relacionadas a riesgos de caída de personas adultas mayores institucionalizadas en casa acogida Fundación Apaktone, Puerto Maldonado que tuvo como objetivo las relaciones que existen entre los niveles de funcionalidades y los riesgos de caída de personas adultas mayores. Para ello se utilizaron diseños metodológicos de tipos transversales y correlacionales, obteniendo como resultado que la muestra que el valor de p (0.034) se reduce respecto al nivel de significancia (0.05). concluyendo que la existencia de niveles de funcionalidades deficientes en un 81.25% lo cual es un condicionante en un 96.88% a altos riesgos de caída.

2.2. Bases teóricas

2.2.1 Adulto Mayor

La Organización Mundial de la Salud y la legislación peruana coinciden en considerar "adulto mayor" a toda persona que ha superado los 60 años. Este es el umbral a partir del cual se reconoce y valora la riqueza de experiencia y sabiduría acumulada a lo largo de una vida. (20)

2.2.2 Que es el Envejecimiento?

Se considera al envejecimiento como parte del ciclo vital, así como inevitable del ser humano asociada a la edad de una persona y la epigenética lo cual generan cambios por factores como la condición social, económica, ambiental y por la política del entorno en que tiene lugar el desarrollo humano que permiten presagiar mayor confort y un buena función física y mental o por lo contrario pérdidas y enfermedad. (21)

2.2.2.1 Características del envejecimiento (22)

- Cambios fisiológicos: las células que se encuentran dentro del cuerpo humano tienden a envejecer por lo tanto se modifica toda su estructura y disminuye la flexibilidad y la

humidificación en la piel mostrándose las famosas patas de gallo o también las arrugas.

- Cambios de salud: en esta etapa se presentan las enfermedades.
- Cambios nutricionales: ya la alimentación no es lo mismo, la capacidad de digerir un alimento cambia por lo tanto se debe cambiar la dieta más adecuada en esta etapa.
- Cambios en la eliminación: se produce la incapacidad de retener la micción y las heces que generan consecuencias emocionales y a nivel social muy importantes para las personas de la tercera edad.
- Cambios en la actividad: el rendimiento físico como es el ejercicio se vuelve menor cuando en esta etapa es lo que se quiere evitar.
- Cambios en el sueño: el cumplir con el sueño de 7 u 8 horas ya no se da en el adulto mayor, cambias las horas de sueño.
- Cambios en la percepción: los sentidos como la audición y la visión disminuyen con el paso de los años generando ceguera y sordera.
- Cambios sociales: Cambia su relación con el entorno como con su familia y con la sociedad ya que también se da los cambios de roles en la familia.
- Cambios sexuales: por limitación física en órganos reproductores.
- Cambios en auto concepto: problemas de conducta, personalidad y de la imagen corporal cambia, y tiende a ser negativo. Provocando la disminución de la autoestima.

2.2.2.2 Cambios fisiológicos en el envejecimiento (23)

- Sistema cardiovascular: se observa ya las enfermedades como arritmias, disfunciones en flujo sanguíneo, contracciones cardiacas, el endotelio, en el bombeo sanguíneo etc.
- Sistema respiratorio: pérdida de elasticidad en los pulmones, y se vuelve rígido el tórax que conlleva a la mala función como la contracción y distensión del pulmón lo cual no

permite el adecuado intercambio gaseoso

- Sistema Nervioso Central: empieza con los problemas de memoria, poca capacidad de retener información y de realizar operaciones mentales.
- Sistema músculo- esquelético: se prestan las atrofas musculares, pérdida de la fuerza muscular, disminuye la densidad ósea dando como consecuencia de caídas y fracturas.
- Sistema digestivo: la capacidad de producir enzimas que degradan alimentos disminuye y también los tejidos y músculos del conducto esofágico disminuyen, así como los ácidos gástricos lo cual puede generar infecciones o el inicio de alguna enfermedad.

2.2.3 Capacidad Funcional

Según la OMS, "la capacidad funcional alude a la interacción entre la persona y el ambiente que la rodea, así como su vínculo entre ellos". Además, se vincula a la salud y al valor de las actividades que nos brindan la oportunidad de ser y actuar de manera autónoma.(24)

La capacidad funcional se refiere a lo fácil de un individuo para lograr realizar las ABVD sin necesitar cuidado, apoyo u observación de otra persona. Debido a la progresión de perder la función, las personas mayores requieren o solicitan apoyo para hacer dichas funciones. (25)

La capacidad funcional tiende a ser evaluado por medio del nivel de independencia que se posee para que realice distintas actividades comunes asociadas con la higiene personal o actividades físicas fundamentales de la vida cotidiana (ABVD) en donde encontramos la alimentación, ducharse , vestuario, ir al retrete y sobre la continencia, también la movilidad o trasladarse que resulta indispensable y otros relacionados a las actividades instrumentales de la vida cotidiana (AIVD) como la habilidad para utilizar el teléfono, realizar la compra en

supermercados, prepararse las comidas, realizar la limpieza de la casa, lavar la ropa, utilizar los transportes públicos y ser responsable con respecto a los medicamentos y administrar adecuadamente su economía. (26)

La capacidad funcional se define como el conjunto de habilidades físicas, mentales y sociales que permiten a un individuo realizar las actividades requeridas por su entorno. Esta capacidad se determina principalmente por las habilidades psicomotrices, cognitivas y conductuales.

La habilidad psicomotriz se entiende como la ejecución de habilidades (praxias) que requieren la coordinación muscular junto con un proceso cognitivo de intencionalidad, que son fundamentales para las actividades de la vida diaria, según Spiridus, Mc Rae, García y Morales (27).

Desde otra perspectiva, Sosa Ortiz y colaboradores identifican la funcionalidad como la capacidad de una persona para moverse en su entorno, realizar tareas físicas para su cuidado personal, conducta y actividades necesarias para lograr su autosuficiencia e interacciones sociales. Por lo tanto, varios instrumentos se utilizan para valorar la funcionalidad en las esferas física, psicológica y social. (28)

SPPB (29)

La batería corta de rendimiento físico (SPPB) es una herramienta objetiva para la evaluación del funcionamiento de las miembros inferiores en personas mayores. El Instituto Nacional sobre el Envejecimiento lo desarrolló y está disponible para usarlo sin permiso ni derechos de autor.

El SPPB fue desarrollado inicialmente por Guralnik et al. Para evaluar a los adultos mayores

en busca de riesgo de discapacidad, institucionalización o muerte. Los autores identificaron un deterioro funcional con el envejecimiento y concluyeron que los adultos mayores con puntuaciones más altas en el SPPB tenían menores pérdidas funcionales en comparación con aquellos con puntuaciones más bajas. El SPPB es una herramienta estandarizada y multidimensional, sensible a los cambios en la función de los adultos mayores, el test mide lo siguiente:

Equilibrio

Consiste en sostener 3 posturas diferentes durante 10 segundos y colocar el resultado. Para poder ejecutarlo, el colaborador debe sostenerse de pie sin ayudas biomecánicas, como el andador o bastón. Usará su zapato o zapatilla habitual

Velocidad de la marcha en 4 metros

Consiste en controlar el tiempo que el colaborador demora en caminar 4 metros que se encuentra delimitada por 2 líneas en el suelo. Se realizan 2 pruebas y se elige el tiempo más conveniente.

Levantarse de la silla 5 veces

Consiste en que el colaborador se ponga de pie 5 veces de una silla lo más rápido que pueda sin apoyarse de los brazos. Mediremos el tiempo en que toma realizarlo. Previo a la prueba realizaremos un pre-test para verificar si es capaz deponerse de pie de una silla por una vez.

Síndromes Geriátricos (30)

Al presentarse estos cambios fisiológicos conlleva a la aparición de síndromes geriátricos famosos, definidos como el complejo de signos y síntomas que es provocado por una causa

común o que se presentan en combinación y muestran el cuadro clínico de una enfermedad o una afección y son:

- Deterioro funcional
- Incontinencia urinaria
- Fragilidad
- Caídas
- Inmovilidad
- Sarcopenia
- Úlceras por presión
- Polifarmacia
- Deterioro cognitivo

2.2.4 Riesgo De Caídas

Riesgo

Para Abrego se deben denominar riesgos a las medidas que reflejan las posibilidades de daños o hechos hacia la salud, que pueden ser eventos, enfermedades o llegar a casos de mortandad; de igual forma se mencionan factores de riesgo en cualquier situación o detectados en las personas con las posibilidades expuestas al padecimiento o desarrollos de daños a la salud.

(31)

Caída

La OMS la definió como un acontecimiento involuntario que posibilita la pérdida de los equilibrios en las personas generando que el cuerpo caiga al suelo u otras superficies firmes que los detengan. La lesión relacionada con la caída puede ser mortal, aunque en la mayor cantidad de ellas no lo sean. La estadística referida a China nos señala que por cada muerte

relacionada con una caída existen 4 de discapacidades permanentes, 12 casos de caídas que han de necesitar más de 10 días de asistencia hospitalaria, y en 690 casos han de requerir asistencia médica ambulatoria (32)

La caída representa problemas de salud de forma común, con impactos significativos en las morbimortalidades, las cuales han de condicionar los niveles de dependencias y las necesidades de institucionalizar a las personas adultas mayores; de tal manera que simbolicen un costo alto para la institución y los entornos familiares. En relación, a las prevenciones de la caída es de suma importancia las percepciones de los riesgos; siendo las valoraciones subjetivas de las susceptibilidades y del resultado adverso (gravedades) de sufrir caída (33).

Factores de riesgo (34)

Intrínsecos: El elemento que genera un cambio o trastorno que altera la función y capacidad vital para cumplir su necesidad y las mantenciones de los equilibrios, donde son esenciales las funciones cognitivas y las musculo esqueléticas.

Inestabilidad. Al envejecer se da un desperfecto en los mecanismos de reflejos que se encargan de preservar el equilibrio y el poder responder de forma rápida y efectiva.

Alteraciones visuales, auditivas y vestibulares: Sucede diferentes enfermedades relacionadas a la visión y vestibular al envejecer como sorderas, cataratas, hipoacusias, etc., que afectara la función adecuada como el poder orientarse con su entorno que son causas de ocasionar caídas.

Modificaciones del aparato locomotor: Ocurre alteración en los movimientos articulares que se unen a su vez con enfermedades degenerativas o traumáticas.

Presencia de determinadas patologías crónicas. Es frecuente que al envejecer aparezcan distintas enfermedades que afectarían aún más al organismo envejecido

Extrínsecos: Este elemento está en relación con el 50% de caídas (35)

Fármacos: El consumir distintos medicamentos o más de uno en el anciano ya que el consumir estos podría desfavorecer enfermedades base y generar respuestas inesperadas.

Alcohol: Puede ocasionar grandes alteraciones en la función de órganos del cuerpo humano.

Calzado inadecuado: Muchas veces se utilizan zapatos blandos sin firmeza, pesados, con tacos, o que sean deslizantes lo cual ocasionarían grandes caídas

Domésticos: En casa muchas veces las formas de cómo se encuentre su piso, si es de tierra con huecos si son resbaladizos con tapetes o si hay cables alrededor que obstaculizan el paso, si no hay iluminación en zonas específicas como escaleras, baños si tienen pasamanos en escaleras y baños etc. O si también encontramos muebles que obstaculizan el paso o impiden que logre caminar con facilidad.

Fuera del hogar: Esto se encuentra en las vías públicas en donde no se encuentran, pasamanos, barandas, no hay o se encuentran dañadas las rampas públicas, semáforos inadecuados, baños públicos no adaptados etc.

Consecuencias de las caídas (36)

Se dan lesiones como la fracturas o en zonas blandas como musculares, ligamentos etc., generalmente se da fractura en grandes articulaciones como la cadera. Además, una gran lesión en el cráneo ocasionando hematomas generando daños cognitivos. Inconvenientes para poder pararse esto se da en la mitad de caso de caídas lo cual ocasionan deshidratación, procesos infecciosos y hasta problemas psicológicos e incluso la muerte. Puede darse también una gran limitación funcional conllevando aun a dependencia grave. Puede ocasionar

trastornos, ansiosa desconfianza de sí mismo o de la persona que lo cuida, el no querer salir a otros lugares por temor a caerse o no querer hacer otras actividades por temor a caerse generando también un gran sedentarismo y aislamiento social y depresivo.

Escala De Tinetti (37)

La escala mide el equilibrio y la velocidad de movimiento al caminar, se usa para diagnosticar tempranamente el riesgo de caída en la vejez. La escala de Tinetti mide si el colaborador tiene equilibrio, se trabaja utilizando una silla sin bracerita que se apoye por una pared y colocándose el médico cerca de él en una postura bípeda. Se evaluará si tiene el control de equilibrarse al sentarse en la silla, si lo hace con facilidad y sin apoyo o si cae fuera del medio de la silla, si puede manejar la posición, si consigue mantenerse erguido sin dificultades, se desprende del respaldo o se aproxima suavemente un lado.

Se analizará que el paciente se ponga de pie y corroboraremos que lo puede hacer sin apoyo, si es intenta varias repeticiones antes de lograrlo o se desestabiliza al realizar el esfuerzo. Asimismo, se evaluará el equilibrio al encontrarse de pie de forma inmediata: si hay inestabilidad, si intenta mover los pies, necesita ayuda o se encuentra estabilizado.

En esta misma postura se evaluará sub pruebas, como el control del equilibrio colocando la carga de peso de un pie a otro, o qué sucede cuando el médico da un pequeño empujón ligeramente hacia posterior por la cintura, o si es capaz de mantener la estabilidad en un pie durante el tiempo que demore y logre conseguirlo. el mismo en las posturas de tándem y semitandem cuando de procedimiento se inclina o al ponerse de puntas o se posiciona todo el peso en los talones.

2.3. Formulación de la hipótesis

Hipótesis General

Hi: Se observa una relación significativa entre riesgo de caídas y capacidad funcional

en los adultos mayores

— Ho: No se observa una relación significativa entre capacidad funcional y riesgo de caídas en los adultos mayores

Hipótesis específicas

— Ha1 Se observa una relación significativa entre el riesgo de caídas y la capacidad de equilibrio en los adultos mayores.

— Ho1 No se observa una relación significativa entre el riesgo de caídas y la capacidad de equilibrio en los adultos mayores.

— Hi2 Se observa una relación significativa entre el riesgo de caídas y la dimensión velocidad de la marcha de la capacidad funcional en los adultos mayores

— Ho2 No se observa una relación significativa entre el riesgo de caídas y la dimensión velocidad de la marcha de la capacidad funcional en los adultos mayores

— Hi3 Se observa una relación significativa entre el riesgo de caídas y la dimensión resistencia de la capacidad funcional en los adultos mayores

— Ho3 No se observa una relación significativa entre el riesgo de caídas y la dimensión resistencia de la capacidad funcional en los adultos mayores

CAPITULO III : METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

Fue “Hipotético deductivo”, el propósito fue confirmar o refutar la hipótesis. Es importante destacar que estas deben ser coherentes con la realidad, donde se pueden extraer conclusiones y así avanzar hacia el debate de los hechos. (38)

3.2. Enfoque de la investigación

Cuantitativa debido a que donde se empleó el instrumento que arrojará datos tanto numéricos por las sumatorias de puntos debido a que tienen relaciones directas con las cantidades, por ello su variable es siempre medible. (39)

3.3. Tipo de la investigación

Se aplicó el tipo aplicada, y nos permitió comprender modernos conocimientos y así contribuir y proporcionar soluciones a las necesidades detectadas. Es importante destacar que su modelo se enfoca en problemas y soluciones actuales.

3.4. Diseño de la investigación

El estudio fue de naturaleza no experimental, permitiendo la observación de los fenómenos de forma natural sin manipular las variables. Además, se trató de un análisis

transversal, ya que los datos se recopilaron durante un periodo específico en un entorno determinado y con una población concreta. (38)

Alcance: Correlacionar esta forma de estudio tiene como propósito dar a conocer la relación o grado de asociación que puede existir entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular (Hernández, et al., 2014). (38)

3.5. Población, muestra y muestreo

Población

Se compone de 195 personas de edad avanzada, tanto hombres como mujeres registradas como asistentes beneficiarios en el servicio de terapia física y rehabilitación según el último informe en el 2023 ubicado en la página virtual del CIAM de ATE.

Muestra

La muestra está conformada por aquellos que cumplan los criterios de inclusión y exclusión.

Los cuales fueron 180 adultos mayores

Muestreo

Se realizará de manera no probabilística por conveniencia, ya que permitirá al investigador categorizar de acuerdo a las características que satisfacen los criterios de inclusión. De igual forma, los participantes participaron de forma voluntaria. (38)

Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión

- Personas de 60 años en adelante
- Personas inscritas en el CIAM de Ate

- Personas de ambos sexos
- Personas que lleve a cabo movimientos autónomos o con apoyo biomecánico

Exclusión

- Personas mayores postrado
- Personas mayores que no quiera participar
- Personas mayores con discapacidad visual y auditiva
- Personas mayores en silla de ruedas

3.6. Variables y operacionalización

Capacidad Funcional	La OMS menciona que se refiere a la interacción entre la persona y su entorno, y cómo estos elementos interactúan entre sí. Además, se vincula con la salud y el valor de las actividades que nos permiten ser y actuar de manera autónoma.	Habilidad para llevar a cabo sus tareas funcionales que se manifestarán en rangos de desempeño bajo, intermedio y alto.	. Equilibrio . Velocidad de la marcha . Resistencia	Pararse con pies juntos Posición semi-tandem Posición tándem “Tiempo de velocidad de la marcha” “Tiempo de levantarse y sentarse 5 veces”	ordinal	Rendimiento alto = 10 a 12 Rendimiento intermedio = 7 a 9 Rendimiento bajo = 0 a 6
---------------------	---	---	---	---	---------	--

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se refiere a las técnicas y herramientas que facilitan el avance de las plataformas informáticas descritos en este análisis. Es importante destacar que se alcanzó la conclusión en el tiempo establecido para la investigación. También es importante destacar que las fuentes pueden ser primarias o secundarias cuando los datos ya están definidos. (38)

3.7.1. Técnica

Observación y encuesta se considera como un proceso de recolección de información que obtiene datos y emplea los sentidos para adquirir de muchos aspectos de la realidad, no en lo que refiere solo en oír y ver, sino esencialmente en examinar situaciones o fenómenos que se buscan estudiar (39)

Se procederá a realizar las siguientes actividades:

Se solicitará el permiso de la encargada del CIAM de la sede central, es el día en que acuden al servicio de terapia física y rehabilitación, justo al finalizar sus terapias se les pedirá que se acerquen al patio central para hacer la presentación correspondiente y se les explicará el objetivo del proyecto de investigación, luego se les dará una copia del consentimiento informado para que lo firmen y luego se procede con las instrucciones de los tests del SPPB y de la escala de TINETTI que para ello se utilizarán materiales como lapicero, cronómetro y una cinta masquin tape para marcar las líneas donde se evaluará la marcha, también una silla que tomara un tiempo aproximado de 15 min con cada participante y los resultados obtenidos se anotará en el formato correspondiente para luego hacer la sumatoria de los puntajes que se obtuvo de cada apartado de las pruebas se finalizará agradeciendo a cada uno de los participantes. Así luego elaborar un Excel 2019 la ubicación de los resultados finales para luego introducirlos en la Versión 23 SPSS Statistics

3.7.2. Descripción de instrumentos.

- **Test Sppb (Batería Corta De Desempeño Físico)**

Es un test en donde se realizan pruebas para medir 3 aspectos:

- Equilibrio
- Velocidad de la marcha
- El levantarse y sentarse de una silla

Todo en un tiempo determinado en donde se obtendrá un puntaje sumatorio para identificar si el adulto mayor tiene el rendimiento físico adecuado para realizar sus actividades funcionales.

Ficha Técnica	
Nombre	Test SPPB (Batería Corta De Desempeño Físico)
Autores	Guralnik
Aplicación	Individual
Tiempo	10 min
Dirigido	Adultos mayores
Valor	-Rendimiento bajo - Rendimiento intermedio-Rendimiento alto
Instrumento	Se evaluó en sus componentes como la prueba de equilibrio, velocidad de marcha y levantarse y sentarse 5 veces.
Validez	En una investigación llevada a cabo en Colombia, se evaluaron los criterios de validez y confiabilidad, mostrando una validez significativa cuando se utiliza como indicador de rendimiento físico, con un coeficiente elevado de 0.87 (IC 95%: 0.76 a 0.93).
Confiabilidad	Velocidad de movimiento con un coeficiente de 0,92, en la posición de pie desde una silla, con un coeficiente de 0,75 (IC del 95%: 0,50 a 0,86) y en equilibrio también fue aceptable, con un coeficiente de 0,64 (IC del 95%: 0,31 a 0,81).

- **Escala De Tinetti**

La escala mide 3 aspectos como el equilibrio y la marcha todo en un tiempo determinado en donde se obtendrá un puntaje sumatorio para identificar si los adultos mayores presentan mayor o menor riesgo de caída.

Ficha Técnica	
Nombre	ESCALAS DE TINETTI
Autores	Mary E. Tinetti
Aplicación	Individual
Tiempo	10 min
Dirigido	Adultos mayores
Valor	<ul style="list-style-type: none"> • Alto riesgo de caída: de 0 a 18 • Mediano riesgo de caída: de 19 a 24 • Bajo riesgo de caída: de 25 a 28
Instrumento	Se evaluó en sus componentes como la prueba de equilibrio y marcha.
Validez	Presenta ser un instrumento fiable y válido (r 0.74–0.93)
Confiabilidad	Tiene una alta fiabilidad inter-observador (0.95).

3.7.3. Validez

Hace referencia al nivel en que un instrumento efectivamente evalúa la variable que busca medir. (40) SPPB: La validación del instrumento a emplear se llevará a cabo mediante la evaluación de juicio de expertos. TINETTY: La validación del instrumento a emplear se llevará a cabo mediante la evaluación juicio de expertos

3.7.4. Confiabilidad

La fiabilidad de un examen se relaciona con la consistencia de los puntajes logrados por las mismas personas en distintas situaciones o con distintos grupos de preguntas equivalentes.

(40). Sppb y Tinetti: Se realizará la confiabilidad del instrumento a mediante un ensayo Preliminar.

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

Para procesar y analizar los resultados del cuestionario se ingresan en la hoja de cálculo Excel, para su ordenamiento y tabulación, de acuerdo a las dimensiones de la investigación, se construirán bases de datos, en las cuales se obtendrán la diferencia estadística en el promedio y la proporción. La prueba de relación de variables será mediante las relaciones Spearman y las representaciones gráficas mediante histogramas, gráfico de barra o circular mediante el programa SPSS-28 y sus niveles de significancia serán (5%).

.3.9. Aspectos éticos

Principios de autonomías

Se expresan como los respetos a las capacidades de decisiones del participante, porque estos optarán de manera voluntaria con los documentos de consentimientos informados a participar en las obtenciones de dato relacionado con las investigaciones.

Principios de justicias

Refieren en las necesidades de que el participante tenga acceso a la misma condición de tratos brindándole confidencialidades en el resultado.

Principios de beneficencias

Consisten en orientarse las funciones de las medicinas en buscar de bienestar de los pacientes, informando a los participantes como al familiar en cuanto a intervenciones terapéuticas más adecuadas.

El principio de no maleficencia

No permitirá infligir males o daños.

CAPITULO IV: PRESENTACION Y DISCUSION DE RESULTADOS

4.1 Resultados

Se llevó a cabo un exhaustivo estudio con el software de estadística SPSS para establecer la capacidad funcional y el peligro de caídas. Se examinó la autenticidad de los objetivos general y específicos, descubriéndose:

4.1.1 Análisis Descriptivo

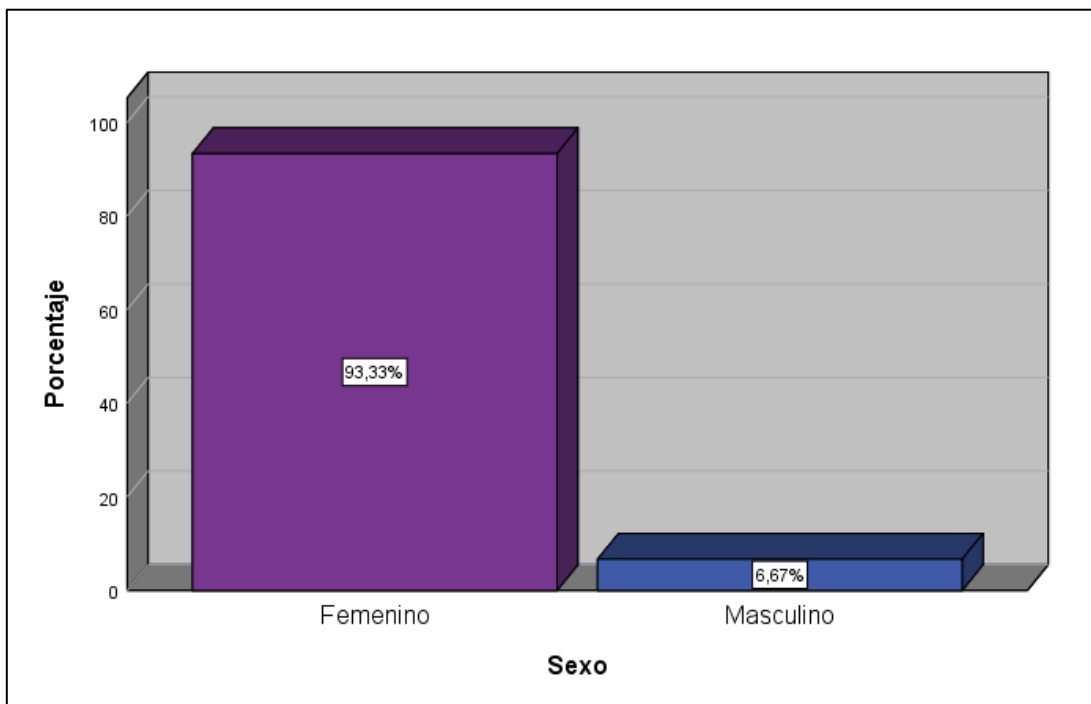
I. Datos Sociodemográficos

Tabla 1. Tabla de frecuencia según Genero

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	168	93,3
Masculino	12	6,7
Total	180	100,0

Grafico 1

Diagrama de barras – Dato sociodemográfico sexo



En la Tabla 1 y Grafico 1, se observó la distribución, según el sexo. El 93,3% son de sexo femenino, mientras que el 6,7% son de sexo masculino. Esto muestra una marcada predominancia de mujeres en la población estudiada, compuesta por un total de 180 adultos mayores.

Tabla 2. Tabla estadística descriptiva relacionados con la edad de los adultos mayores

Edad	
Media	70,44
Mediana	69,00
Moda	69,00
Desviación	6,36
Asimetría	0,52
Curtosis	-0,07
Máximo	60,00
Mínimo	90,00

Tabla de frecuencia – Dato sociodemográfico edad

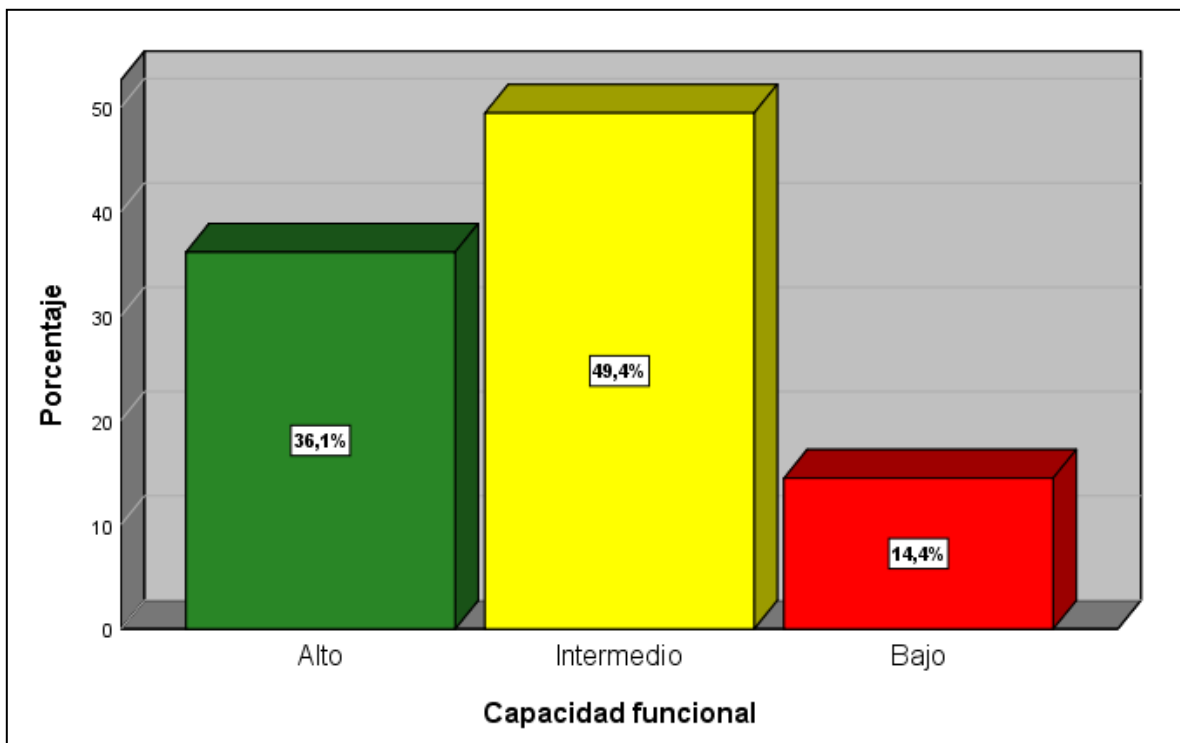
En la Tabla 2, La edad promedio fue de 70,44 años, con una mediana y moda de 69 años, lo que sugiere una concentración de datos cercana a este valor. La desviación estándar de 6,36 indica una moderada dispersión en las edades. La distribución muestra una ligera asimetría positiva (0,52), evidenciando que algunos valores están por encima de la media, y una curtosis cercana a cero (-0,07), lo que implica una distribución aproximadamente mesocúrtica. Las edades oscilan entre 60 y 90 años.

II. Estadística Descriptiva

Tabla 3. Tabla de frecuencia de los niveles de la variable capacidad funcional niveles de capacidad funcional en los adultos mayores

	Frecuencia	Porcentaje
Alto	65	36,1
Intermedio	89	49,4
Bajo	26	14,4
Total	180	100,0

Gráfico 2. Diagrama de barras – Niveles de la variable Capacidad funcional en los adultos mayores

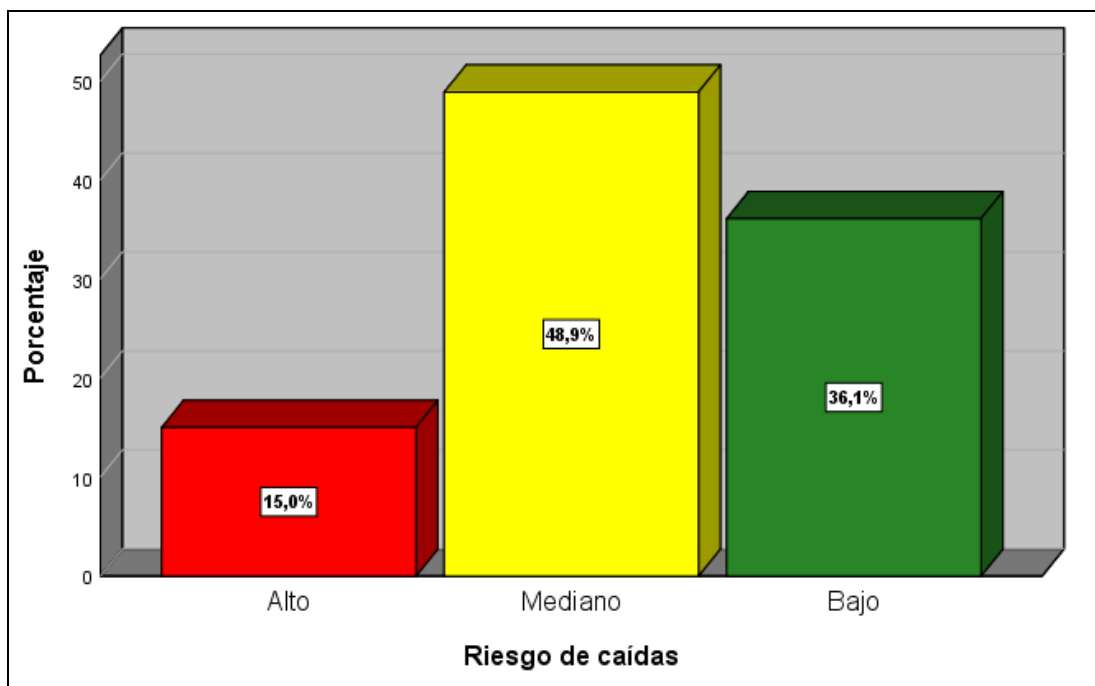


En la Tabla 3 y gráfico 2 El nivel intermedio es el más frecuente, representando al 49,4% de los participantes, seguido del nivel alto con un 36,1%. El nivel bajo es el menos común, con un 14,4%. Esto indica que la mayoría de los adultos mayores tienen una capacidad funcional entre moderada y alta en la población estudiada, compuesta por 180 personas.

Tabla 4. Tabla de frecuencia de los niveles de la variable Riesgo de caídas en los adultos mayores

	Frecuencia	Porcentaje
Alto	27	15,0
Mediano	88	48,9
Bajo	65	36,1
Total	180	100,0

Gráfico 3. Diagrama de barras – Niveles de la variable Riesgo de caída en los adultos mayores



En la Tabla 4,. El nivel mediano de riesgo es el más frecuente, representando al 48,9% de los participantes, seguido del nivel bajo con un 36,1%. El nivel alto de riesgo es el menos común, con un 15,0%. Esto sugiere que la mayoría de los adultos mayores presentan un riesgo de caídas moderado a bajo en la población estudiada, conformada por 180 personas.

4.1.2 Prueba de Hipótesis

Tabla 5. *Tabla de prueba de normalidad para las variables de estudio y las dimensiones de capacidad funcional en los adultos mayores*

	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
Dimensión equilibrio	,329	178	,000
Dimensión velocidad de la marcha	,286	178	,000
Dimensión resistencia	,281	178	,000
Capacidad funcional	,206	178	,000
Riesgo de caída	,294	178	,000

En la Tabla 5, Los resultados de la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov para las variables y dimensiones de capacidad funcional, muestran valores de significancia menores a 0.05. Esto indica que las distribuciones no son normales, sugiriendo el uso de pruebas estadísticas no paramétricas.

Hipótesis general

Hi: Se observa una relación entre riesgo de caídas y capacidad funcional en los adultos mayores

Ho: No se observa una relación entre capacidad funcional y riesgo de caídas en los adultos mayores

III. Estadística Inferencial

Tabla 6. *Tabla de Correlaciones entre la capacidad funcional y riesgo de caída en los adultos mayores*

		Capacidad funcional	Riesgo de caída	de
Rho de Spearman	Capacidad funcional	Coefficiente correlación	de 1,000	,909**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	180	180
	Riesgo de caída	Coefficiente correlación	de ,909**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	180	180

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

En la Tabla 6, El coeficiente de correlación de Spearman es 0,909, indicando una correlación positiva muy alta entre ambas variables. El valor de significancia bilateral (Sig.) es 0,000, lo que confirma que esta correlación es estadísticamente significativa. Esto sugiere que una menor capacidad funcional está estrechamente asociada con una menor estabilidad y un mayor riesgo de caídas en esta población y viceversa. Confirmando la hipótesis alterna.

Hipótesis específica I

- Ha1 Se observa una relación significativa entre el riesgo de caídas y la capacidad de equilibrio en los adultos mayores.
- Ho1 No se observa una relación significativa entre el riesgo de caídas y la capacidad de equilibrio en los adultos mayores.

Tabla 7. *Tabla de correlaciones entre la dimensión equilibrio y riesgo de caída*

		Dimensión	Riesgo	de
		equilibrio	caída	
Rho de Spearman	Dimensión equilibrio	Coefficiente de correlación	de 1,000	,808**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	180	180
	Riesgo de caída	Coefficiente de correlación	,808**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	180	180

En la Tabla 7, El coeficiente de correlación de Spearman es 0,808, lo que indica una correlación positiva alta entre ambas variables. El valor de significancia bilateral (Sig.) es 0,000, lo que confirma que esta correlación es estadísticamente significativa. Esto sugiere que a medida que aumenta el equilibrio, mayor será la estabilidad y disminución del riesgo de caídas en esta población. Confirmando la hipótesis alterna.

Hipótesis específica II

- Hi2 Se observa una relación entre el riesgo de caídas y la dimensión velocidad de la marcha de la capacidad funcional en los adultos mayores
- Ho2 No se observa una relación entre el riesgo de caídas y la dimensión velocidad de la marcha de la capacidad funcional en los adultos mayores

Tabla 8. Tabla de correlaciones entre la dimensión riesgo de caída y velocidad de la marcha

			Dimensión velocidad marcha	Riesgo caída
Rho de Spearman	velocidad marcha	Coefficiente de correlación	1,000	,803**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	178	178
	Riesgo de caída	Coefficiente de correlación	,803**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	178	180

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

En la Tabla 8, El coeficiente de correlación de Spearman es 0,803, indicando una correlación positiva alta entre ambas variables. El valor de significancia bilateral (Sig.) es 0,000, lo que demuestra que la correlación es estadísticamente significativa. Esto sugiere que una mayor velocidad de la marcha se asocia con una mayor estabilidad y una disminución del riesgo de caídas en esta población. Confirmando la hipótesis alterna.

Hipótesis específica III

- Hi3 Se observa una relación entre el riesgo de caídas y la dimensión resistencia de la capacidad funcional en los adultos mayores
- Ho3 No se observa una relación entre el riesgo de caídas y la dimensión resistencia de la capacidad funcional en los adultos mayores

Tabla 9. *Tabla de correlaciones entre la dimensión riesgo de caída y resistencia en los adultos mayores*

		Dimensión resistencia	Riesgo de caída
Rho de Spearman	Coeficiente de correlación	1,000	,816**
	Sig. (bilateral)	.	,000
	N	180	180
Riesgo de caída	Coeficiente de correlación	,816**	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	.
	N	180	180

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

En la Tabla 9, El coeficiente de correlación de Spearman es 0,816, lo que indica una correlación positiva alta entre estas variables. El valor de significancia bilateral (Sig.) es 0,000, confirmando que esta correlación es estadísticamente significativa. Esto sugiere que una menor resistencia está asociada con una menor estabilidad y un mayor riesgo de caídas en esta población. Confirmando la hipótesis alterna.

4.2. Discusión

- En relación con los factores sociodemográficos de los AM del “Centro Integral de Atención al Adulto Mayor Ate 2024”, el 93,3% corresponde a mujeres, mientras que el 6,7% corresponde a hombres. Esto revela un predominio en las mujeres en la población estudiada, analizada y compuesta por un total de 180 individuos lo que sugiere una distribución cercana a la mesocúrtica, es así mismo las edades oscilan entre 60 y 90 años cuya edad promedio es de 70,44 años, Además al analizar los resultados encontrados se puede deducir que mayormente de los AM poseen una capacidad funcional entre moderada y alta para dicha población estudiada así mismo presentan un riesgo de caídas moderado a bajo en la población analizada.
- Los hallazgos obtenidos en el estudio demostraron la correlación entre la capacidad funcional y el riesgo de caída en los AM del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor en Ate, 2024. Con un coeficiente de correlación de Spearman es 0,909 y con un nivel de significancia de 0.000 mostrando una correlación positiva considerablemente muy alta entre ambas variables, lo que confirma que esta correlación es estadísticamente significativa. Esto concuerda con el estudio de **Castillo y Contreras** llevado a cabo en 2022 que se vinculan con un valor $p=0,000$ esto indica referencia que la disminución de la funcionalidad constituye un factor de riesgo para las caídas, así mismo concuerda con la investigación de **Ruiz y Abrego** donde concluyen que es necesario darle relevancia a mantener las capacidades físicas y funcionales en el adulto mayor.
- Así, **Astaiza et al. Cali** en Colombia en su estudio se halló considerablemente que en el

corto/mediano plazo, ya sea por la edad o por el mal desempeño físico, empeoraría la fragilidad y con ello el riesgo de caídas con un valor de $P= 0.000$, tal así que se asemeja con la correlación entre la dimensión equilibrio y el riesgo de caída en los AM del Centro Integral de Atención al AM en Ate, 2024 se obtuvo una significancia bilateral de $p= 0,000$, coeficiente de correlación de Spearman de 0.808 indica que a medida que incrementa el equilibrio, mayor será la estabilidad y reduce del riesgo de caídas en esta población.

- Los resultados de **Seminario**. en los adultos mayores mostro que a menores capacidades funcionales mayores serán los riesgos de caída; y que también los lugares de residencia por donde el adulto mayor deambula influyen en dichas variables de este estudio, tal así que se asemeja con este estudio realizado, cuyos resultados de la correlación entre la dimensión velocidad de la marcha y el riesgo de caída en los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor en Ate, 2024 presentan el coeficiente de correlación de Spearman de 0,803, indicando una correlación positiva alta entre ellas . El valor de significancia bilateral (Sig.) es 0,000, lo que demuestra que la correlación es estadísticamente significativa. Esto sugiere que una mayor velocidad de la marcha se asocia con una mayor estabilidad y una disminución del riesgo de caídas.
- **Romero y Sernaqué** En el año 2022 en su trabajo de investigación determinaron que existe una relación lineal entre el rendimiento físico y riesgo de caída en adultos mayores, asemejándose en la correlación entre la dimensión resistencia y riesgo de caída cuyo coeficiente de correlación de Spearman es 0,816, lo que indica una correlación positiva alta entre estas variables. El valor de significancia bilateral (Sig.) es 0,000, confirmando que esta correlación es estadísticamente significativa. Esto sugiere

que una menor resistencia está asociada con una menor estabilidad y por ende un mayor riesgo de caídas en esta población.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- En el Centro Integral de Atención al Adulto Mayor en Ate, 2024, se observó una conexión entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas en los adultos mayores.

En particular:

- Existe una relación entre la dimensión equilibrio y el riesgo de caídas.
- Con respecto a la “velocidad de la marcha” y el “riesgo de caídas” se identificó un vínculo significativo.
- También hay una correlación entre la dimensión resistencia y el riesgo de caídas.

5.2 Recomendaciones

- Realizar constantes evaluaciones integrales donde se incluya la capacidad funcional y el riesgo de caídas, haciendo un buen uso de herramientas, teniendo en consideración factores físicos, cognitivos y ambientales. Así mismo haciendo el buen uso de correctas herramientas de evaluación integral al adulto mayor.
- Realizar intervenciones tempranas personalizadas para mejorar las capacidades funcionales y con ello evitar el riesgo de caídas en el adulto mayor, considerando sus limitaciones y necesidades.
- Evaluar, analizar y mejorar los ambientes del centro de atención al AM, como mejorar

la iluminación, eliminar obstáculos, asegurar su accesibilidad, proporcionándole así al AM poder realizar mejor sus actividades dentro del centro y evitar el riesgo de caídas.

- Desarrollar programas de prevención de caídas y promoción de la capacidad funcional en adulto mayores donde incluya educación, entrenamiento y apoyo, proporcionando ambientes, herramientas y personal capacitado mejorando en su capacidad física y funcional logrando así reducir el riesgo de caídas.
- Formar de manera continua a los cuidadores y/o familiares a través de talleres, conferencias, demostraciones prácticas acerca de la atención, higiene, gestión de enfermedades crónicas, primeros auxilios, nutrición, actividad física. uso correcto de ayudas biomecánicas, ETC. Todo esto se realiza con la finalidad de proporcionar un soporte apropiado y mejorar la calidad de vida de los AM.

6. REFERENCIAS

1. Shamah-Levy T, Cuevas-Nasu L, Mundo-Rosas V, Morales-Ruán C, Cervantes-Turrubiates L, Villalpando-Hernández S. Estado de salud y nutrición de los adultos mayores en México: resultados de una encuesta probabilística nacional. *Salud Pública de México* [Internet]. 2008 Oct 1;50(5):383–9. Available from: https://www.scielo.org.mx/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S003636342008000500011
2. La población más envejecida del mundo está en Europa | TRT Español [Internet]. www.trt.net.tr. [cited 2023 Oct 2]. Available from: <https://www.trt.net.tr/espanol/vida-y-salud/2022/03/22/la-poblacion-masenvejecida-del-mundo-esta-en-europa-1799944>
3. La situación de la población adulta mayor en el Perú: Camino a una nueva política - IDEHPUCP [Internet]. IDEHPUCP. [cited 2020 Jul 8]. Available from: https://idehpucp.pucp.edu.pe/lista_publicaciones/la-situacion-de-la-poblacionadulta-mayor-en-el-peru-camino-a-una-nueva-politica/
4. Más de 4 millones 500 mil adultos mayores conmemoran su día este 26 de agosto [Internet]. www.gob.pe. [cited 2023 Oct 1]. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/inei/noticias/824582-mas-de-4-millones-500-mil-adultos-mayores-conmemoran-su-dia-este-26-de-agosto>
5. OMS. Envejecimiento y salud [Internet]. www.who.int. 2022. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
Baracaldo Campo HA, Naranjo García AS, Medina Vargas VA, Baracaldo Campo HA, Naranjo García AS, Medina Vargas VA. Nivel de dependencia funcional de personas mayores institucionalizadas en centros de bienestar de Floridablanca (Santander,

6. Colombia). Gerokomos [Internet]. 2019;30(4):163–6. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000400163
7. La capacidad funcional y la capacidad intrínseca según la OMS [Internet]. Plena Identidad. 2019. Available from: <http://plenaidentidad.com/la-capacidad-funcional-y-la-capacidad-intrinseca/>
8. Gálvez J, Gutiérrez E, Colmenares FR, Parodi J. Dependencia funcional en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 en Lima, Perú. Revista Finlay [Internet]. 2021 Sep 11 [cited 2023 Oct 1];11(3):255–64. Available from: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/957/2015#:~:text=En%20el%20Per%C3%BA%20la%20prevalencia>
9. Con prevención y evaluación médica se puede reducir incidencia de caídas en adultos mayores [Internet]. www.gob.pe. [cited 2023 Oct 2]. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/38145-con-prevencion-y-evaluacion-medica-se-puede-reducir-incidencia-de-caidas-en-adultos-mayores>.
10. Sánchez Zarsosa AL. Análisis del desempeño físico en los adultos mayores de la Residencia El Roble y La Casa del Adulto Mayor Mi Amigo Divino en el periodo julio - agosto 2022 [Internet]. repositorio.puce.edu.ec. 2023 [cited 2023 Dec 11]. Available from: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/22012>
11. Astaiza MC, Benítez-Ceballos MJ, Bernal-Quintero V, Campo-Giraldo D, Betancourt-Peña J, Astaiza MC, et al. Fragilidad, desempeño físico y riesgo de caídas en adultos mayores pertenecientes a una comuna de Cali, Colombia. Gerokomos [Internet]. 2021;32(3):154–8. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2021000400004
12. Campiño Valderrama SM, Serna Zuluaga AS, Ayala IC. Riesgo de caídas y su relación

- con la capacidad física y cognitiva, en una residencia de adultos mayores de Santiago de Chile. *Cultura del cuidado*. 2020 Dec 15;17(2):61–74. Available from: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/cultura/article/view/7658>
13. Riaño Castañeda MG, Moreno Gómez J, Echeverría Avellaneda LS, Rangel Caballero LG, Sánchez Delgado JC. Condición física funcional y riesgo de caídas en adultos mayores. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas* [Internet]. 2018 Sep 1;37(3):1–10. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002018000300003
 14. Lustosa LP, Silva JS da, Pereira DAG, Assis MG, Pereira LSM. Physiological risk of falls, physical and aerobic capacity in community-dwelling elderly. *Fisioterapia em Movimento*. 2020;33.
 15. Castillo Estrada LD, Contreras Quispe SM. Relación de la capacidad funcional y el riesgo de caídas en los adultos mayores de la casa hogar Santa María de la Caridad, 2022. *repositoriowieneredupe* [Internet]. 2023 May 28; Available from: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/9457>
 16. Romero Astocondor EC, Sernaqué Carreño KP. Relación entre rendimiento físico y riesgo de caídas en adultos mayores del Grupo Residencial del Sector 2, Villa el Salvador – 2022. *repositoriupsjbedupe* [Internet]. 2023 Mar 22; Available from: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/4696>
 17. Ruiz Caballero Zm, Abrego Chipana Cj. “Capacidad Funcional Y Riesgo De Caidas En Pacientes Adultos Mayores Atendidos En El Centro De Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda De Canevaro. En El Distrito Del Rimac, 2018.” *Universidad Privada Norbert Wiener* [Internet]. 2018 Nov 29; Available from: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/2869?locale-attribute=en>

18. Seminario Pasapera MS. Capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor Chulucanas, 2018. Universidad Católica Sedes Sapientiae [Internet]. 2018; Available from: <https://repositorio.ucss.edu.pe/handle/20.500.14095/556>
19. Phele Rojas Y, Cépedes Quispe Y. Nivel De Funcionalidad En Relación Al Riesgo De Caídas De La Persona Adulto Mayor Institucionalizada En La Casa Acogida Fundación Apaktone, Puerto Maldonado, 2017. Universidad Nacional Amazónica de Madre de Dios - UNAMAD [Internet]. 2018 Apr 1; Available from: <https://repositorio.unamad.edu.pe/handle/20.500.14070/275>
20. Varela Pinedo LF. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2016 Jun 2;33(2):199.
21. Alvarado García AM, Salazar Maya ÁM. Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*. 2014 Jun;25(2):57–62.
22. de M. Envejecimiento y Vejez [Internet]. Minsalud.gov.co. 2019. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocionsocial/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx#:~:text=El%20envejecimiento%20se%20entiende%20como>
23. Felipe Salech M, Rafael Jara L, Luis Michea A. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Revista Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2012 Jan 1;23(1):19–29. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012702699>.
24. Echeverría A, Astorga C, Fernández C, Salgado M, Villalobos Dintrans P. Funcionalidad y personas mayores: ¿dónde estamos y hacia dónde ir? *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet]. 2022 Apr 12;46:1. Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55890/v46e342022.pdf?sequence=5&is>

Allowed=y

25. La capacidad funcional y la capacidad intrínseca según la OMS [Internet]. Plena Identidad. 2019. Available from: <http://plenaidentidad.com/la-capacidad-funcional-y-la-capacidad-intrinseca/>
26. Rubio E, Comín M, Montón G, Martínez T, Magallón R, García-Campayo J. Determinantes de la capacidad funcional en personas mayores según el género. *Gerokomos*. 2013 Jun;24(2):69–73.
27. Segovia Díaz de León MG, Torres Hernández EA. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. *Gerokomos* [Internet]. 2011 Dec 1;22(4):162–6. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000400003&Ing=es.
28. Lorena González Llopis. Validación de la escala de desempeño físico “short physical performance battery” en atención primaria de salud [Internet]. Dialnet. 2023. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=68259>
29. Gómez Ayala AE. Grandes síndromes geriátricos. *Farmacia Profesional* [Internet]. 2005 Jun 1;19(6):70–4. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-grandes-sindromes-geriatricos-13076255>
30. Abrego C. Ruiz Z. Capacidad funcional y riesgo de caídas en pacientes adultos mayores atendidos en el centro de atención residencial Geronto geriátrico Ignacia Rodolfo viuda de Canevaro. en el distrito del Rímac, 2018. [Tesis]. Lima, Perú: Universidad Norbet Winer; 2018[citado el 29 de abril del 2021]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2869/TESIS%20Abrego%20Carmen%20%20Ruiz%20Zoila.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
31. World Health Organization: WHO. Caídas [Internet]. Who.int. World Health

Organization: WHO; 2018. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/falls>

32. Modulo 2 en Proceso De Atención De Enfermería En Las Caídas Del Paciente Geriátrico [citado 8 de junio de 2020]. Disponible en: http://www2.enfermeriacantabria.com/web_cursosenfermeria/docs/MODULO_2.pdf
33. Sanitas. Factores que predisponen a las caídas en personas mayores [Internet]. Sanitas. [cited 2024 Feb 5]. Available from: <https://www.sanitas.es/biblioteca-de-salud/tercera-edad/rehabilitacion-tratamientos/factores-caidas-mayores>
34. Terra Jonas L, Vitorelli Diniz Lima K, Inácio Soares M, Mendes MA, Silva JV da, Mônica Ribeiro P. Evaluación del riesgo de caídas en las personas mayores: ¿cómo hacerlo? Gerokomos [Internet]. 2014 Mar 1;25(1):13–6. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000100004
35. Ríos-Fraustro C, Galván-Plata ME, Gómez-Galicia DL, Giraldo-Rodríguez L, Agudelo-Botero M, Mino-León D. Factores intrínsecos y extrínsecos asociados con caídas en adultos mayores: estudio de casos y controles en México. Gaceta de México. 2021 Feb 25;157(2).
36. Terra Jonas L, Vitorelli Diniz Lima K, Inácio Soares M, Mendes MA, Silva JV da, Mônica Ribeiro P. Evaluación del riesgo de caídas en las personas mayores: ¿cómo hacerlo? Gerokomos [Internet]. 2014 Mar 1;25(1):13–6. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000100004
37. Soneira D. Escala Tinetti [Internet]. Valdeluz. 2024 [cited 2024 May 26]. Available from: <https://www.valdeluz.com/noticias/escala-tinetti-2/>
38. Hernández R. Metodología de la investigación. 6 ed. Mexico: Mc Graw Hill; 2014. Disponible en: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

39. Zamberlán C, Calvetti A, Reinstein de Figueiredo T, Dei Svaldi J, Heckler de Siqueira HC. Técnicas de observación y la temática calidad de vida: una revisión integrativa. *Enfermería Global*. 2011 Oct;10(24).
40. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales Á. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* [Internet]. 2011 Apr 1;34(1):63–72. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100007

ANEXOS

AnexoNo1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLE	METODOLOGÍA
<p align="center">RIESGOS DE CAÍDA Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO INTEGRAL DE ATENCION AL ADULTO MAYOR EN ATE, 2024</p>	<p><u>Problema general:</u></p> <p>¿Cuál es la relación entre riesgo de caídas y capacidad funcional en el adulto mayor del Centro Integral De Atención Al Adulto Mayor En Ate, 2024?</p> <p><u>Problemas específicos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál será la relación entre riesgo de caídas y la dimensión equilibrio de la capacidad funcional en el adulto mayor del Centro Integral De Atención Al Adulto Mayor En Ate, 2024? • ¿Cuál será la relación entre el riesgo de caídas y la dimensión velocidad de la marcha de la capacidad funcional en el adulto mayor del Centro Integral De Atención Al Adulto Mayor En Ate, 2024? • ¿Cuál será la relación entre riesgo de caídas y la dimensión resistencia de la capacidad funcional en el adulto mayor del Centro Integral De Atención Al Adulto Mayor En Ate, 2024? 	<p><u>Objetivo general</u></p> <p>Identificar la relación entre riesgo de caídas y capacidad funcional en el adulto mayor del Centro Integral De Atención Al Adulto Mayor En Ate, 2024</p> <p><u>Objetivo específico</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la relación entre riesgo de caídas y la dimensión equilibrio de la capacidad funcional en el adulto mayor del Centro Integral De Atención Al Adulto Mayor En Ate, 2024 • Determinar la relación entre riesgo de caídas y la dimensión velocidad de la marcha de la capacidad funcional en el adulto mayor del Centro Integral De Atención Al Adulto Mayor En Ate, 2024 • Determinar la relación entre el riesgo de caídas y la dimensión resistencia de la capacidad funcional en el adulto mayor del Centro Integral De Atención Al Adulto Mayor En Ate, 2024 	<p><u>Hipótesis general</u></p> <p>Existe relación entre riesgo de caídas y capacidad funcional en el adulto mayor del Centro Integral De Atención Al Adulto Mayor En Ate, 2024</p> <p><u>Hipótesis específica</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hi: Si existe relación entre el riesgo de caídas y la dimensión equilibrio de la capacidad funcional en el adulto mayor del Centro Integral De Atención Al Adulto Mayor En Ate, 2024 • Ho: No existe relación entre el riesgo de caídas y la dimensión equilibrio de la capacidad funcional en el adulto mayor del Centro Integral De Atención Al Adulto Mayor En Ate, 2024 • Hi: Si existe relación entre el Riesgo de caídas y la dimensión velocidad de la marcha de la capacidad funcional en el adulto mayor del Centro Integral De Atención Al Adulto Mayor En Ate, 2024 • Ho: No existe relación entre el Riesgo de caídas y la dimensión velocidad de la marcha de la capacidad funcional en el adulto mayor del Centro Integral De Atención Al Adulto Mayor En Ate, 2024 • Hi: Si existe la relación entre el riesgo de caídas y la dimensión resistencia de la capacidad funcional en el adulto mayor del Centro Integral De Atención Al Adulto Mayor En Ate, 2024 • Ho: No existe la relación entre el riesgo de caídas y la dimensión resistencia de la capacidad funcional en el adulto mayor del Centro Integral De Atención Al Adulto Mayor En Ate, 2024 	<p>Variable 1</p> <p>Riesgos De Caída</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equilibrio • Marcha <p>Variable 2</p> <p>Capacidad Funcional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equilibrio • Velocidad de la marcha • Resistencia 	<p>Métodos De Investigación:</p> <p>Hipotética Deductivo</p> <p>Enfoques:</p> <p>Cuantitativa</p> <p>Tipo de investigación:</p> <p>Aplicada</p> <p>Diseño De Investigación:</p> <p>No Experimental Transversal Correlacional</p> <p>Muestra</p> <p>Está conformada por aquellos que cumplan los criterios de inclusión y exclusión. Los cuales fueron 180 adultos mayores.</p> <p>Muestreo será no probabilístico por conveniencia, debido que permitirá al investigador seleccionar según las características que cumplieron con los criterios de inclusión, así mismo participaron de manera voluntaria.</p>

Anexo N°2: Instrumento

“RIESGO DE CAIDAS Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO INTEGRAL DE ATENCION AL ADULTO MAYOR DE ATE 2024”

Estimados colaboradores, este cuestionario pretende obtener informaciones sobre los riesgos de caída y niveles de dependencias en adultos mayores; por ello marca con una (X) las respuestas que expresen sus realidades consideradas de manera personal.

DATOS GENERALES

APELLIDOS Y NOMBRES:

GENERO:

- Masculino ()
- Femenino ()
-

EDAD:

VALORACION PARA CAPACIDAD FUNCIONAL -SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY (SPPB)

Instrucciones:

1. Explique a la persona mayor el propósito de aplicación de la batería corta de desempeño físico.
2. Prepare el espacio, a fin de desarrollar la evaluación. (Mida y marque con cinta el espacio de 4 metros).
3. Utilice el protocolo de aplicación anexo.
4. Registre en el formato correspondiente.
5. Sume el puntaje obtenido por cada una de los apartados.
6. Determine la interpretación según el resultado.

1. Prueba de balance

	A. Pararse con los pies uno al lado del otro ¿Mantuvo la posición al menos por 10 segundos? Si el participante no logró completarlo, finaliza la prueba de balance.	Sí <input type="checkbox"/> (1 punto) No <input type="checkbox"/> (0 punto) Se rehúsa <input type="checkbox"/>
	B. Pararse en posición semi-tándem ¿Mantuvo la posición al menos por 10 segundos? Si el participante no logró completarlo, finaliza la prueba de balance.	Sí <input type="checkbox"/> (1 punto) No <input type="checkbox"/> (0 puntos) Se rehúsa <input type="checkbox"/>
	C. Pararse en posición tándem ¿Mantuvo la posición al menos por 10 segundos? Tiempo en seg _____ (máx. 15)	Sí <input type="checkbox"/> (2 punto) Sí <input type="checkbox"/> (1 punto) No <input type="checkbox"/> (0 punto) Se rehúsa <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 0= <3.0 seg o no lo intenta. <input type="checkbox"/> 1= 3.0 a 9.99 seg. <input type="checkbox"/> 2= 10 a 15 seg.		
SUBTOTAL		Puntos: /4

2. Velocidad de marcha (recorrido de 4 metros)

A. Primera medición Tiempo requerido para recorrer la distancia Si el participante no logró completarlo, finaliza la prueba.	Seg: <input type="checkbox"/> Se rehúsa <input type="checkbox"/>	
B. Segunda medición Tiempo requerido para recorrer la distancia Si el participante no logró completarlo, finaliza la prueba.	Seg: <input type="checkbox"/> Se rehúsa <input type="checkbox"/>	
<p style="text-align: center;">Calificación de la medición menor.</p> <input type="checkbox"/> 1= >8.70 seg. <input type="checkbox"/> 2= 6.21 a 8.70 seg. <input type="checkbox"/> 3= 4.82 a 6.20 seg. <input type="checkbox"/> 4= <4.82 seg.		
SUBTOTAL		Puntos: /4

3. Prueba de levantarse cinco veces de una silla

	A. Prueba previa (no se califica, sólo para decidir si pasa a B) ¿El paciente se levanta sin apoyarse en los brazos? Si el participante no logró completarlo, finaliza la prueba.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se rehúsa <input type="checkbox"/>
	B. Prueba repetida de levantarse de una silla Tiempo requerido para levantarse cinco veces de una silla	Seg: <input type="checkbox"/> Se rehúsa <input type="checkbox"/>
<p style="text-align: center;">Calificación de la actividad.</p> 0= Incapaz de realizar cinco repeticiones o tarda > 60 seg 1= 16.7 a 60 seg. 2= 13.7 a 16.69 seg. 3= 11.2 a 13.69 seg 4= < o igual 11.19 seg		
SUBTOTAL		Puntos: /4

TOTAL BATERÍA CORTA DE DESEMPEÑO FÍSICO (1+2+3)/12	Puntos: /12
---	--------------------

ESCALA DE TINETTI
PARTE I: EQUILIBRIO

Instrucciones: sujeto sentado en una silla sin brazos

<i>EQUILIBRIO SENTADO</i>	
Se inclina o desliza en la silla.....	0
Firme y seguro.....	1
<i>LEVANTARSE</i>	
Incapaz sin ayuda.....	0
Capaz utilizando los brazos como ayuda.....	1
Capaz sin utilizar los brazos.....	2
<i>INTENTOS DE LEVANTARSE</i>	
Incapaz sin ayuda.....	0
Capaz, pero necesita más de un intento.....	1
Capaz de levantarse con un intento.....	2
<i>EQUILIBRIO INMEDIATO (5) AL LEVANTARSE</i>	
Inestable (se tambalea, mueve los pies, marcado balanceo del tronco)...	0
Estable, pero usa andador, bastón, muletas u otros objetos.....	1
Estable sin usar bastón u otros soportes.....	2
<i>EQUILIBRIO EN BIPEDESTACION</i>	
Inestable.....	0
Estable con aumento del área de sustentación (los talones separados más de 10 cm.) o usa bastón, andador u otro soporte.....	1
Base de sustentación estrecha sin ningún soporte.....	2
<i>EMPUJON</i> (sujeto en posición firme con los pies lo más juntos posible; el examinador empuja sobre el esternón del paciente con la palma 3 veces).	
Tiende a caerse.....	0
Se tambalea, se sujeta, pero se mantiene solo.....	1
Firme.....	2
<i>OJOS CERRADOS</i> (en la posición anterior)	
Inestable.....	0
Estable.....	1
<i>GIRO DE 360°</i>	
Pasos discontinuos.....	0
Pasos continuos.....	1
Inestable (se agarra o tambalea).....	0
Estable.....	1
<i>SENTARSE</i>	
Inseguro.....	0
Usa los brazos o no tiene un movimiento suave.....	1
Seguro, movimiento suave.....	2

TOTAL EQUILIBRIO: / 16

ESCALA DE TINETTI
PARTE II: MARCHA

<i>COMIENZA DE LA MARCHA (inmediatamente después de decir "camine")</i>	
Duda o vacila, o múltiples intentos para comenzar.....	0
No vacilante.....	1
<i>LONGITUD Y ALTURA DEL PASO</i>	
El pie derecho no sobrepasa al izquierdo con el paso en la fase de balanceo.....	0
El pie derecho sobrepasa al izquierdo.....	1
El pie derecho no se levanta completamente del suelo con el paso en la fase del balanceo.....	0
El pie derecho se levanta completamente.....	1
El pie izquierdo no sobrepasa al derecho con el paso en la fase del balanceo.....	0
El pie izquierdo sobrepasa al derecho con el paso.....	1
El pie izquierdo no se levanta completamente del suelo con el paso en la fase de balanceo.....	0
El pie izquierdo se levanta completamente.....	1
<i>SIMETRÍA DEL PASO</i>	
La longitud del paso con el pie derecho e izquierdo es diferente (estimada).....	0
Los pasos son iguales en longitud.....	1
<i>CONTINUIDAD DE LOS PASOS</i>	
Para o hay discontinuidad entre pasos.....	0
Los pasos son continuos.....	1
<i>TRAYECTORIA (estimada en relación con los baldosines del suelo de 30 cm. de diámetro; se observa la desviación de un pie en 3 cm. De distancia)</i>	
Marcada desviación.....	0
Desviación moderada o media, o utiliza ayuda.....	1
Derecho sin utilizar ayudas.....	2
<i>TRONCO</i>	
Marcado balanceo o utiliza ayudas.....	0
No balanceo, pero hay flexión de rodillas o espalda o extensión hacia fuera de los brazos.....	1
No balanceo no flexión, ni utiliza ayudas.....	2
<i>POSTURA EN LA MARCHA</i>	
Talones separados.....	0
Talones casi se tocan mientras camina.....	1

TOTAL MARCHA: / 12

TOTAL GENERAL: / 28

ANEXO N°3: Validación de instrumentos

CARTA DE PRESENTACIÓN

Mgr/Doctor:

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Es muy grato comunicarme con usted para expresarle mi saludo y así mismo, hacer de su conocimiento que, siendo estudiante de pregrado en Terapia Física y Rehabilitación, requiero validar los instrumentos con los cuales recogeré la información necesaria para desarrollar mi investigación con la cual optaré el Título Profesional. El título nombre de mi proyecto de investigación es: “RIESGO DE CAIDAS Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO INTEGRAL DE ATENCION AL ADULTO MAYOR DE ATE 2024” , y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para aplicar los instrumentos en mención, he considerado conveniente recurrir a Usted, ante su connotada experiencia como investigador.

El expediente de validación que le hago llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones.
- Matriz de operacionalización de las variables.
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos.

Expresándole los sentimientos de respeto y consideración, me despido de Usted, no sin antes agradecer por la atención que dispense a la presente.



Milady Rosmary Miranda Loaiza

DNI: 48359342

N°	Dimensiones / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Variable independiente: Riesgo de Caídas							
	Dimensión 1:							
	. Equilibrio	x		x		x		
	Dimensión 2:							
	Marcha	x		x		x		
	Variable dependiente: Capacidad Funcional	x		x		x		
	Dimensión 1:							
	Equilibrio	x		x		x		
	Dimensión 2:							
	Velocidad de la marcha	x		x		x		
	Dimensión 3:							
	Resistencia	x		x		x		

1 pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

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

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

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

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Aplicación solo para este estudio

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [X]

Aplicable después de corregir []

No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr. / Mg.: Raymundo Chafloque Tullume

DNI: 08671855

Especialidad del validador: Docencia y gestión universitaria

02 de Febrero del 2024


Firma del Experto Informante

N°	Dimensiones /ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	Si	
	Variable independiente: Riesgo de Caídas							
	Dimensión 1:							
	. Equilibrio	x		x		x	x	
	Dimensión 2:							
	Marcha	x		x		x	x	
	Variable dependiente: Capacidad Funcional	x		x		x	x	
	Dimensión 1:							
	Equilibrio	x		x		x	x	
	Dimensión 2:							
	Velocidad de la marcha	x		x		x	x	
	Dimensión 3:							
	Resistencia							

1 pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

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

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

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

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Aplicación solo para este estudio

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [X]

Aplicable después de corregir []

No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr. / Mg.: Luis Alberto Ibarra Hurtado

DNI: 41421873

Especialidad del validador: Docencia universitaria e investigación pedagógica

06 de Febrero del 2024

Firma del Experto Informante

N°	Dimensiones /ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
	Variable independiente: Riesgo de Caídas							
	Dimensión 1:	Si	No	Si	No	Si	Si	
	. Equilibrio	x		x		x	x	
	Dimensión 2:	Si	No	Si	No	Si	Si	
	Marcha	x		x		x	x	
	Variable dependiente: Capacidad Funcional	x		x		x	x	
	Dimensión 1:	Si	No	Si	No	Si	Si	
	Equilibrio	x		x		x	x	
	Dimensión 2:	Si	No	Si	No	Si	Si	
	Velocidad de la marcha	x		x		x	x	
	Dimensión 3:	Si	No	Si	No	Si	Si	
	Resistencia							

1 pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

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

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

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

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Aplicación solo para este estudio

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [X]

Aplicable después de corregir []

No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr. / Mg.: Andy Arrieta Córdova

DNI: 42717285

Especialidad del validador: Docencia y gestión universitaria

22 de Enero del 2024

 **HOSPITAL MILITAR CENTRAL**

Mg. Andy F. Arrieta Córdova
 TECNÓLOGO MÉDICO
 TERAPISTA MANUAL ORTOPÉDICO
 Firma del Experto Informante

ANEXO 4:

Anexo N°4 : Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Instituciones: Universidad Privada Norbert Wiener

Investigadores: Miranda Loaiza Milady Rosmary

Título: “RIESGO DE CAIDAS Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO INTEGRAL DE ATENCION AL ADULTO MAYOR DE ATE 2024”

Propósito del Estudio

Estamos invitando a usted a participar en un estudio llamado “RIESGO DE CAIDAS Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO INTEGRAL DE ATENCION AL ADULTO MAYOR DE ATE 2024””. Este es un estudio desarrollado por investigador de la Universidad Privada Norbert Wiener, Milady Rosmary Miranda Loaiza. El propósito de este estudio es Determinar la relación entre riesgo de caídas y capacidad funcional en adultos mayores. Su ejecución permitirá determinar si existe la relación entre ambas variables.

Procedimientos:

-Se realizará la prueba de escala de Tinetti donde dicha prueba nos proporcionará la información de riesgo haber altos riesgo o bajo riesgo de caída o no, donde se evaluará el equilibrio y la marcha, luego se aplicará la prueba de SPPB (Short Physical Performance Battery) que nos indicará la capacidad funcional en la que se encuentre donde se evalúa la prueba de balance, velocidad de la marcha y la prueba de levantarse 5 veces de una silla. La obtención de datos puede tardar entre 20 minutos y los resultados de ella misma se entregarán forma individual y se almacenarán respetando la confidencialidad y su anonimato.

Riesgos:

Su participación en el estudio no presenta riesgo mínimo.

Beneficios:

Usted se beneficiará del presente proyecto ya que podrá conocer el resultado de la misma, el mismo que le será entregado una vez culminado el estudio.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por la participación. 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 evaluación, podrá retirarse de éste 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 Miranda Loaiza Milady Rosmary al número de celular: 988303876 o con la Escuela Profesional de Tecnología Médica de la Universidad Norbert Wiener, tel. 01-7065555 anexo 3286 o al comité que validó el presente estudio, Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, presidenta del Comité de Ética para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, tel. +51924569790. E-mail: comité.etica@uwiener.edu.pe

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que 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

Investigador

Nombres:

Nombres:

DNI:

DNI:

ANEXO N° 5: SOLICITUD DE PERMISO

SOLICITUD DE PERMISO A LA INSTITUCIÓN DEL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR PARA TESIS DE TECNOLOGÍA MÉDICA DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

Sr(a)

NOMBRE: Lic. Adriana Cajavilca Castañeda

INSTITUCIÓN: Centro Integral de Atención Al Adulto Mayor – CIAM ATE

Presente.

De mi mayor consideración:

Yo , Milady Rosmary Miranda Loaiza, identificada con DNI 48359342 ,Bachiller de la Escuela Académico Profesional de Tecnología Médica de la Universidad Norbert Wiener, con código n° a2017100630, solicito me permita recolectar datos en su institución de la que se encuentra a cargo como parte de mi trabajo de tesis para obtener el título de tecnología médica en terapia física y rehabilitación cuyo objetivo general es Determinar “RIESGO DE CAIDAS Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR DE ATE 2024”

La mencionada recolección de datos consiste en evaluar a los adultos mayores de la institución.

Atentamente,

Milady Rosmary Miranda Loaiza
Bachiller De La E.A.P. De Tecnología Médica En Terapia Física Y Rehabilitación
Universidad Norbert Wiener

Por lo expuesto, Ruego a usted acceda a mi solicitud
Lima, 3 de julio del 2024

SOLICITUD DE PERMISO A LA INSTITUCIÓN DEL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR PARA TESIS DE TECNOLOGÍA MÉDICA DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

Se(a)

NOMBRE: Lic. Adriana Cajavilca Castañeda

INSTITUCIÓN: Centro Integral de Atención Al Adulto Mayor – CLAM ATE

Presente,

De mi mayor consideración:

Yo, Milady Rosmary Miranda Loaiza, identificada con DNI 48359342, Bachiller de la Escuela Académico Profesional de Tecnología Médica de la Universidad Norbert Wiener, con código n° a2017100630, solicito me permita recolectar datos en su institución de la que se encuentra a cargo como parte de mi trabajo de tesis para obtener el título de tecnología médica en terapia física y rehabilitación cuyo objetivo general es Determinar "RIESGO DE CAIDAS Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR DE ATE 2024"

La mencionada recolección de datos consiste en evaluar a los adultos mayores de la institución.

Atentamente,



Milady Rosmary Miranda Loaiza

Bachiller De La E.A.P. De Tecnología Médica En Terapia Física Y Rehabilitación
Universidad Norbert Wiener

Por lo expuesto, Ruego a usted acceda a mi solicitud
Lima, 3 de julio del 2024



Lic. Adriana Cajavilca Castañeda
Trabajadora Social
CASP - 8852

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Lima, 03 de Noviembre de 2024

Investigador(a)
Milady Rosmary Miranda Loaiza
Exp. N°: 584-2024

De mi consideración:

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

- Protocolo titulado: **“Riesgos De Caída Y Capacidad Funcional En El Adulto Mayor Del Centro Integral De Atención Al Adulto Mayor En Ate, 2024” Versión 01 con fecha 05/07/2024.**
- Formulario de Consentimiento Informado Versión **01** con fecha **05/07/2024.**

El cual tiene como investigador principal al Sr(a) Milady Rosmary Miranda Loaiza

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

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

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

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

Atentamente,



Raúl Antonio Rojas Ortega
Presidente

Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
UPNW



● 19% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 18% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 15% Base de datos de trabajos entregados
- 4% 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	researchgate.net Internet	2%
3	hdl.handle.net Internet	1%
4	repositorio.upsjb.edu.pe Internet	<1%
5	repositorio.ucv.edu.pe Internet	<1%
6	Universidad Wiener on 2024-05-29 Submitted works	<1%
7	scielo.isciii.es Internet	<1%
8	Universidad Cesar Vallejo on 2024-08-07 Submitted works	<1%