



Universidad
Norbert Wiener

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

Trabajo Académico

Capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el
servicio de Medicina de un hospital de nivel II-2 de Puno – 2025

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

Presentado por:

Autora: Pacori Coanqui, Ruth Belu

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-9390-508X>

Asesor: Mg. Gallegos Pacheco, Rutsmy Angel Manuel

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5426-398X>

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, **Ruth Belu Pacori Coanqui** egresada de la Facultad de Ciencias de la Salud y Programa Académico de Enfermería, del programa **Segunda especialidad en Cuidado Enfermero en Geriatría y Gerontología**, de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico "**Capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina de un hospital de nivel II-2 de Puno – 2025**" Asesorada por el docente: Rutsmy Angel Manuel Gallegos Pacheco DNI 45525049 ORCID [0000-0001-5426-398X](https://orcid.org/0000-0001-5426-398X) tiene un índice de similitud de 16% (dieciséis %) con código OID: **:14912:544159888** verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

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



.....
 Firma de autor

Nombres y apellidos del Egresado: Ruth Belu Pacori Coanqui
 DNI: 42153321



.....
 Firma

Nombres y apellidos del Asesor: Rutsmy Angel Manuel Gallegos Pacheco
 DNI: 45525049

Lima, 25 de septiembre de 2025.

DEDICATORIA

A Dios, que permanece presente en todo momento. Este trabajo es para mi familia, maestros, compañeros y amigos que me han brindado su apoyo incondicional a lo largo de este proceso.

AGRADECIMIENTO

A Dios, porque todo es posible con Él.

Agradezco a cada una de las personas que contribuyeron a lograr esta meta.

JURADOS:

Presidente : Mg. Juan Esteban Rojas Trujillo
Secretario : Mg. Maria Rosario Mocarro Aguilar
Vocal : Dr. Rodolfo Amado Arevalo Marcos

ÍNDICE

Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	iv
Índice.....	vi
Resumen.....	viii
Abstract.....	ix
1. EL PROBLEMA.....	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del problema.....	3
1.2.1. Problema general.....	3
1.2.2. Problemas específicos.....	3
1.3. Objetivos de la investigación.....	4
1.3.1. Objetivo general.....	4
1.3.2. Objetivos específicos.....	5
1.4. Justificación de la investigación.....	6
1.4.1. Teórica.....	6
1.4.2. Metodológica.....	6
1.4.3. Práctica.....	7
1.5. Delimitaciones de la investigación.....	7
1.5.1. Espacial.....	7
1.5.3. Población o unidad de análisis.....	7
2. MARCO TEÓRICO.....	8
2.1. Antecedentes.....	8
2.1.1. A nivel internacional.....	8
2.1.2. A nivel nacional.....	9

2.3.1. Hipótesis general	19
2.3.2. Hipótesis específicas.....	19
3. METODOLOGÍA.....	21
3.1. Método de investigación	21
3.2. Enfoque investigativo.....	21
3.3. Tipo de investigación	21
3.4. Diseño de la investigación	21
3.5. Población, muestra y muestreo	21
3.6. Variables y operacionalización	23
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	25
3.7.1. Técnica.....	25
3.7.2. Descripción de instrumentos	25
3.7.3. Validación.....	26
3.7.4. Confiabilidad	26
3.8. Plan de Procesamiento y análisis de datos	27
3.9. Aspectos éticos.....	27
4. ASPECTO ADMINISTRATIVOS.....	30
4.1. Cronograma de actividades	29
4.2. Presupuesto.....	30
5. REFERENCIAS.....	32
6. ANEXOS.....	40
Anexo 1: Matriz de consistencia.....	41
Anexo 2: Instrumentos.....	44
Anexo 3: Consentimiento informado.....	47
Anexo 4: Informe de originalidad.....	49"

RESUMEN

Introducción: La capacidad funcional en las personas de edad avanzada es un indicador esencial para conservar su autonomía y bienestar integral. Sin embargo, cuando esta se ve limitada, aumenta el riesgo de caídas, siendo origen de discapacidades y complicaciones en los adultos mayores. **Objetivo:** Determinar la capacidad funcional y su nivel de asociación con el riesgo de caídas en pacientes adultos mayores del servicio de medicina de un hospital de nivel II-2 de Puno – 2025. **Metodología:** El estudio se desarrollará con un enfoque cuantitativo, en un nivel correlacional bajo el método hipotético deductivo y un diseño no experimental. **Población:** 85 adultos mayores. Se empleará la encuesta y la observación a través del uso de la escala de Barthel de Mahoney y Barthel en 1965 y usada en Perú por Vega en 2021, esto para medir la capacidad funcional y la Escala de Downton desarrollada por el Dr. J.H. Downton, y usada en Perú por Gutiérrez en 2022 para medir el riesgo de caídas. Luego de su aplicación las respuestas de la muestra serán codificadas y registradas en un repositorio de información desarrollado en Excel. Consecuentemente, se procesará estadísticamente por el SPSS 25.0, de manera descriptiva, con apoyo de tablas de frecuencia y representaciones gráficas, y de forma inferencial, mediante Rho de Spearman, se validarán las conjeturas planteadas.

Palabras claves: Autonomía, independencia, caídas, adultos mayores.

ABSTRACT

Introduction: Functional capacity in the elderly is an essential indicator to preserve their autonomy and integral well-being. However, when this is limited, the risk of falls increases, causing disabilities and complications in older adults. Objective: To determine the functional capacity and its level of association with the risk of falls in elderly patients in the medical service of a level II-2 hospital in Puno – 2025. Methodology: The study will be developed with a quantitative approach, at a correlational level under the hypothetical deductive method and a non-experimental design. Population: 85 older adults. The survey and observation will be used through the use of the Barthel scale of Mahoney and Barthel in 1965 and used in Peru by Vega in 2021, this to measure functional capacity and the Downton Scale developed by Dr. J.H. Downton, and used in Peru by Gutiérrez in 2022 to measure the risk of falls. After its application, the answers of the sample will be coded and recorded in an information repository developed in Excel. Consequently, it will be statistically processed by SPSS 25.0, in a descriptive way, with the support of frequency tables and graphical representations, and inferentially, by means of Spearman's Rho, the conjectures raised will be validated.

Keywords: Autonomy, independence, falls, older adults.

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Según la OMS en 2021, las caídas ocupan el segundo lugar entre las causas de fallecimientos derivados por traumatismos involuntarios, con un aproximado de 684,000 muertes anuales a nivel global, de las cuales más del 80% ocurren en lugares con economía baja. Las personas mayores de 60 años son las más afectadas, siendo las víctimas principales de caídas mortales. Además, anualmente se documentan alrededor de 37,3 millones de episodios de caída que ameritan asistencia sanitaria a causa de su severidad. Por ello, las estrategias preventivas deben centrarse en la educación, capacitación, la creación de entornos más seguros, la priorización de la investigación sobre caídas y el establecimiento de políticas efectivas para reducir estos riesgos (1).

En un estudio realizado en India en 2022 evidencio que el deterioro funcional se manifiesta como una mayor dificultad para ejecutar acciones cotidianas. Más del 45% de las personas mayores de 60 años experimentan problemas para llevar a cabo tareas cotidianas. Este deterioro afecta tanto la integridad musculoesquelética como la composición corporal, lo que reduce la capacidad de la persona y aumenta su riesgo de caídas, discapacidad y pérdida de independencia. De hecho, más de la mitad de las caídas ocurren al realizar actividades comunes como caminar, levantarse de una silla o transferirse (2).

Por otro lado, una investigación en Grecia del 2023 encontró que la actividad física se asocia positivamente con la función cognitiva y la calidad de vida ($p=0.04$), mientras que factores como la fatiga, la depresión, la calidad del sueño y la calidad de vida presentaron una correlación negativa ($r = -0,444$, $p = 0,03$) (3).

Asimismo, una de las consecuencias más preocupantes del deterioro de la capacidad funcional en el adulto mayor es la incidencia de caídas en esta población. En **Colombia**, un estudio de 2022 reveló más del 40% de un grupo de adultos mayores habría tenido como

mínimo una caída en el último año. De estos casos, el 68,8 % correspondía a mujeres, y la mayor frecuencia se registró entre quienes residían en hogares geriátricos (52,1 %) (4). En México 2023, las caídas representan uno de los principales motivos de riesgo físico en el adulto mayor y ocupan el séptimo lugar entre las causas de muerte en este grupo. Se consideran un síntoma común asociado a una elevada morbimortalidad, lo que frecuentemente lleva a la hospitalización o institucionalización del adulto mayor (5).

De manera similar, en un estudio realizado en Ecuador del 2021 se identificó la capacidad funcional, misma que constató ser representada por el 81% (n=123) como dependencia moderada mediante el Índice de Barthel y un 79% (n=120) detalla un riesgo de caída alto mediante el test de J.H Downton demostrando la relación entre estas variables (6).

En el contexto peruano, según el INEI, más del 65% de los adultos de edad avanzada manifestó haber experimentado alguna afección sanitaria durante las cuatro semanas previas. De estos, el 45,1% experimentó síntomas o malestares, mientras que el 37,9% padeció alguna enfermedad o sufrió un accidente (7). En un estudio nacional de 2022, la prevalencia de caídas fue del 30,5% situación que se relacionó con el hecho de ser mujer, vivir sola, padecer múltiples enfermedades, consumir fármacos y requerir asistencia para las actividades básicas. Las caídas recurrentes estuvieron relacionadas con vivir solo, el uso de medicamentos y la dependencia en actividades instrumentales (8).

Finalmente, un especialista en medicina física y rehabilitación del Hospital Rebagliati, destacó en el año 2021 que una de las medidas más efectivas para prevenir las caídas es adecuar el hogar a las necesidades de los adultos mayores, lo cual incluye instalar pasamanos en las escaleras, eliminar alfombras u objetos que puedan generar tropiezos y garantizar una iluminación adecuada (9).

Un estudio desarrollado en Lima durante el año 2023 se evidenció que los factores de riesgo están presentes en el 53% de los adultos mayores participantes. Según la dimensión

intrínseca, el 80% presenta riesgo asociado al consumo de medicación, el 60% tiene enfermedades crónicas, el 70% presenta problemas auditivos, el 80% alteraciones de la visión, y el 90% riesgo en el uso del calzado. En cuanto a la dimensión extrínseca, el 60% presenta riesgo por no contar con barandas en el baño de su hogar y el 80% por una inadecuada iluminación, así como por la ausencia de pasamanos en las escaleras (10).

En el Servicio de Medicina de un hospital nivel II – 2 en Juliaca, se observa que muchos adultos mayores enfrentan dificultades relacionadas con la capacidad funcional, lo que aumenta el riesgo de caídas, especialmente entre aquellos con limitaciones en la movilidad, como dificultades para caminar o levantarse. Además, los adultos mayores de zonas rurales enfrentan barreras para acceder a cuidados médicos adecuados, limitando la atención temprana a problemas de movilidad. Aunque existen esfuerzos preventivos, la implementación sistemática de medidas orientadas a optimizar la funcionalidad y atenuar la propensión a caídas resulta limitada debido a la alta demanda de atención y la falta de recursos, es por ello necesario investigar la relación entre las variables formulándose las siguientes interrogantes:

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cómo la capacidad funcional se relaciona con el riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina de un hospital de Puno – 2025?

1.2.2. Problemas específicos

- ✓ ¿Cómo la dimensión alimentarse perteneciente a la capacidad funcional del adulto mayor se relaciona con el riesgo de caída en el servicio de medicina?

- ✓ ¿Cómo la dimensión movilizarse entre la silla y la cama perteneciente a la capacidad funcional del adulto mayor se relaciona con el riesgo de caída en el servicio de medicina?
- ✓ ¿Cómo la dimensión asearse perteneciente a la capacidad funcional del adulto mayor se relaciona con el riesgo de caída en el servicio de medicina?
- ✓ ¿Cómo la dimensión usar el inodoro perteneciente a la capacidad funcional del adulto mayor se relaciona con el riesgo de caída en el servicio de medicina?
- ✓ ¿Cómo la dimensión bañarse perteneciente a la capacidad funcional del adulto mayor se relaciona con el riesgo de caída en el servicio de medicina?
- ✓ ¿Cómo la dimensión deambular perteneciente a la capacidad funcional del adulto mayor se relaciona con el riesgo de caída en el servicio de medicina?
- ✓ ¿Cómo la dimensión usar escaleras, perteneciente a la capacidad funcional del adulto mayor se relaciona con el riesgo de caída en el servicio de medicina?
- ✓ ¿Cómo la dimensión vestirse perteneciente a la capacidad funcional del adulto mayor se relaciona con el riesgo de caída en el servicio de medicina?
- ✓ ¿Cómo la dimensión control de heces perteneciente a la capacidad funcional del adulto mayor se relaciona con el riesgo de caída en el servicio de medicina?
- ✓ ¿Cómo la dimensión control de orina perteneciente a la capacidad funcional del adulto mayor se relaciona con el riesgo de caída en el servicio de medicina?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar como la capacidad funcional se relaciona con el riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina de un hospital de nivel II-2 de Puno – 2025.

1.3.2. Objetivos específicos

- ✓ Identificar la dimensión alimentarse perteneciente a la capacidad funcional del adulto mayor y su relación con el riesgo de caída en el servicio de medicina.
- ✓ Identificar la dimensión movilizarse entre la silla y la cama perteneciente a la capacidad funcional del adulto mayor y su relación con el riesgo de caída en el servicio de medicina.
- ✓ Identificar la dimensión asearse perteneciente a la capacidad funcional del adulto mayor y su relación con el riesgo de caída en el servicio de medicina.
- ✓ Identificar la dimensión usar el inodoro perteneciente a la capacidad funcional del adulto mayor y su relación con el riesgo de caída en el servicio de medicina.
- ✓ Identificar la dimensión bañarse perteneciente a la capacidad funcional del adulto mayor y su relación con el riesgo de caída en el servicio de medicina.
- ✓ Identificar la dimensión deambular perteneciente a la capacidad funcional del adulto mayor y su relación con el riesgo de caída en el servicio de medicina.
- ✓ Identificar la dimensión usar escaleras, perteneciente a la capacidad funcional del adulto mayor y su relación con el riesgo de caída en el servicio de medicina.
- ✓ Identificar la dimensión vestirse perteneciente a la capacidad funcional del adulto mayor y su relación con el riesgo de caída en el servicio de medicina.
- ✓ Identificar la dimensión control de heces perteneciente a la capacidad funcional del adulto mayor y su relación con el riesgo de caída en el servicio de medicina.
- ✓ Identificar la dimensión control de orina perteneciente a la capacidad funcional del adulto mayor y su relación con el riesgo de caída en el servicio de medicina.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

La disertación estudia un asunto importante acerca de la funcionalidad y la tendencia a caerse, debido al crecimiento gradual de la población adulta mayor y las consecuencias que las caídas tienen en su salud y en su calidad de vida. La pérdida de capacidad funcional, que se traduce en una menor autonomía para realizar actividades cotidianas, está directamente relacionada con un aumento en la vulnerabilidad a caídas. Al centrarse en estas variables, el estudio busca aportar nuevos conocimientos que nos permitan comprender mejor la problemática, con el fin de diseñar estrategias preventivas y mejorar la atención. Este enfoque también permitirá identificar intervenciones eficaces para aminorar la probabilidad de caídas, impulsando así a la mejora del bienestar de los adultos mayores. La base teórica de esta indagación se apoya en las teorías de Callista Roy sobre la adaptación del individuo y el autocuidado desarrollado por la teorista Dorothea Orem, que brindan un marco conceptual para comprender cómo los adultos mayores se adaptan a las limitaciones físicas y cómo el autocuidado puede jugar un papel crucial en la prevención de caídas.

1.4.2. Metodológica

Mediante un enfoque cuantitativo, correlacional y no experimental se examinará los fenómenos de investigación, donde el uso de cuestionarios validados y mediciones objetivas de fuerza, equilibrio y movilidad permitirá obtener datos precisos acerca de la asociación entre la funcionalidad y la frecuencia de caídas. Este diseño metodológico es apropiado para obtener datos representativos y establecer correlaciones significativas, lo que proporciona una base sólida para la implementación de estrategias preventivas adaptadas a las necesidades específicas de esta población.

1.4.3. Práctica

La identificación temprana de los elementos asociados a la propensión a caídas en personas de edad avanzada permitirá la implementación de medidas preventivas en el ámbito hospitalario y comunitario, mejorando la atención a este tipo de pacientes. Igualmente, los resultados de este estudio servirán para crear programas de intervención específicos, que incluyen ejercicios físicos, orientación sobre el uso adecuado de medicamentos, y la adaptación de entornos para prevenir caídas. Con esta investigación se busca reducir la incidencia de caídas y sus consecuencias, contribuyendo a la prevención de discapacidades y promoviendo la autonomía de los adultos mayores.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1. Espacial

La disertación se desarrollará en el servicio de Medicina de un hospital de categoría II-2 de Puno.

1.5.2. Temporal

El desarrollo del proyecto será desde de julio a diciembre del 2025, siendo un aproximado de cuando se terminará la investigación.

1.5.3. Población o unidad de análisis

En esta ocasión corresponde a adultos mayores del lugar antes mencionado en Puno

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. A nivel internacional

Castillo (11) en el año 2022 en México tuvo por objetivo “Determinar la relación entre la capacidad funcional y el ambiente físico del hogar con el riesgo de caídas en el adulto mayor”. Se efectuó una disertación correlacional, transversal con 30 individuos de edad avanzada, predominando mujeres, de 64 a 80 años (promedio 73), la mitad casados, evaluando capacidad funcional, riesgo de caídas y condiciones del hogar mediante HAQ, la pauta de riesgo de caídas y la escala de Downton. Se observó capacidad funcional leve y bajo riesgo en el entorno físico del hogar, aunque factores como tipo de calzado, ausencia de barandales, desniveles y objetos en el suelo aumentaban la vulnerabilidad, resultando en un riesgo alto en un 48%. En conclusión, identificar los factores que incrementan la probabilidad de caídas resulta esencial para evitar complicaciones y potenciar el bienestar de los individuos de edad avanzada.

Rojas (12) en el año 2021 en Ecuador tuvo por objetivo “Determinar la capacidad funcional y riesgo de caídas en pacientes adultos mayores identificados en el Centro de Atención del Adulto mayor”. Estudio no experimental cuantitativo, con la participación de 152 pacientes mediante una ficha con elementos sociodemográficos. Se encontró que el 54% eran féminas, el 57% tenía entre 65 y 74 años, el 58% estaba casado, el 96% vivía acompañado y el 88% residía en zona urbana. En cuanto a capacidad funcional, el 81% presentó dependencia moderada según el Índice de Barthel y el 79% mostró alto riesgo de caída según el test de J.H. Downton. En conclusión, la mayoría de los pacientes evidenció niveles de dependencia funcional, predominando la dependencia moderada.

Astaiza et al. (13) en el año 2021 en Colombia tuvieron por objetivo “Determinar el nivel de fragilidad, funcionalidad y riesgo de caídas en adultos mayores de una comuna de

Cali”. Se realizó un estudio descriptivo con 197 individuos de edad avanzada, aplicando la SPPB y clasificando a los individuos en vigoroso, prefrágil y frágil. Las pruebas de alcance funcional y fuerza de prensión manual mostraron que el 14,2% presentaba riesgo de caídas; según la SPPB, el 12,7% presentó limitación funcional. En conclusión, la mayoría de los adultos mayores evaluados eran mujeres en estado de prefragilidad, lo que indica un alto riesgo de caída.

Campiño et al. (14) en el año 2020 en Chile tuvieron por objetivo “Describir la relación entre el riesgo de caídas y la capacidad física y cognitiva, en una residencia de adultos mayores de Santiago de Chile”. Estudio, transversal, cuantitativo y correlacional en 36 residentes de un hogar de adultos mayores, aplicando dos fichas de observación, asociado a factores como elevada dependencia, alteraciones en marcha y equilibrio, polifarmacia y múltiples comorbilidades. En conclusión, identificar las características y factores de riesgo en los adultos mayores permite planificar estrategias individualizadas para fortalecer movilidad, equilibrio y autonomía, mediante procesos de enfermería y planes de cuidado que mejoren su seguridad y calidad de vida.

2.1.2. A nivel nacional

Miranda (15) en el año 2025 en Lima tuvo el objetivo de “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”. Se realizó un estudio no experimental, transversal, con enfoque cuantitativo y de aplicación práctica en 180 adultos mayores, evaluando capacidad funcional mediante el Test SPPB y riesgo de caídas con la Escala de Tinetti. Se hallaron porcentajes de 38% con riesgo de caída regular y en su capacidad funcional mayoría fueron regulares con un 42%. Concluyó, que existe un vínculo claro entre riesgo de caídas y capacidad funcional.

Arcelles y Fernandez (16), en Tacna en el 2024 realizaron un estudio con el objetivo de “Establecer la relación que existe entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas en adultos mayores de la ARCIJET”. Se realizó un estudio básico, correlacional y transversal con 295 maestros seleccionados aleatoriamente de un total de 1 250 socios, evaluando con el uso de dos escalas. Se halló que el 48,5% presentaba dependencia leve y el riesgo de caídas era regular en un 53%. En conclusión, se evidenció una relación significativa entre las variables.

Minchola (17), en Lima en el 2024 realizó un estudio con el objetivo de “Determinar la relación entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en un centro de atención primaria”. Se realizó una investigación observacional, transversal y correlacional con 102 adultos mayores, evaluados mediante escalas Barthel y Downton. El 67,6% de los colaboradores eran mujeres, el 11,7% presentaba capacidad funcional independiente y el 86,2% dependencia moderada. Respecto al riesgo de caídas, el 63,7% mostraba riesgo medio, y el 86,1% de quienes tenían dependencia moderada también presentaba riesgo de caída moderado, evidenciando una correlación positiva y moderada ($Rho=0,694$; $p=0,00$). En conclusión, se confirmó que hay asociación entre los elementos indagados.

Hervacio y Romero (18) en el año 2023 en Lima, tuvieron como objetivo “Determinar la relación entre el riesgo de caídas y la capacidad funcional en adultos mayores atendidos en un centro de fisioterapia del distrito de Huaura”. Se desarrolló un estudio cuantitativo, básico, correlacional, no experimental y de enfoque hipotético-deductivo con 50 adultos mayores, aplicando dos escalas. Se halló que el riesgo de caídas en un 36% era de nivel medio y la capacidad función fue levemente dependiente. Concluyeron que una funcionalidad baja constituye un factor principal que aumenta el riesgo de caídas, siendo el desempeño en las tareas cotidianas determinante del grado de funcionalidad y de las posibles complicaciones asociadas.

Malca (19) en el año 2023 en Trujillo tuvo el objetivo de “Determinar la relación entre capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en un Hospital de Trujillo en el 2022”. Se llevó a cabo un estudio correlacional, no experimental y de enfoque cuantitativo con 75 adultos. Los hallazgos indicaron que el 93,2% de los participantes presentaba un riesgo de caída alto, mientras que el 62,2% mostraba un nivel de capacidad funcional moderado. En conclusión, y por la correlación de Spearman ($r=0,03$; $p=0,03$) existe relación relevante entre fenómenos.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Variable 1: Capacidad funcional

a. Definición conceptual

Es la habilidad para llevar a cabo las actividades cotidianas sin requerir supervisión o asistencia, además de ello se le conoce como un conjunto de atributos desde físicos y mentales que presenta la persona y se desarrolla con el tiempo, lo que le permite poder efectuar diversas tareas y exigencias de su entorno, pero estas se van deteriorando con los años y en el caso del adulto mayor se ven disminuidas (20).

La capacidad funcional está vinculada a diversas funciones del organismo, como la respiración, la función cardiovascular, muscular, renal y hepática, entre otras. Se refiere a la habilidad de un individuo para desempeñarse de manera exitosa y adaptarse a sus condiciones de vida, tomando en cuenta su edad cronobiológica (21).

De igual manera, alude a la aptitud de un individuo para ejecutar tareas cotidianas, como vestirse, caminar o realizar tareas domésticas, sin experimentar fatiga excesiva y de forma segura. Esta capacidad generalmente aumenta durante el crecimiento y desarrollo, alcanzando su punto máximo en la adultez temprana. Sin embargo, a medida que las personas envejecen, especialmente al llegar a la vejez, la capacidad funcional comienza a disminuir. Este declive es

particularmente pronunciado en los adultos mayores, conocidos como gerontes, quienes experimentan una mayor vulnerabilidad en su capacidad para mantener su independencia (22).

La reducción en la capacidad funcional está estrechamente vinculada con una serie de complicaciones, como el aumento de caídas, la pérdida de flexibilidad, la incapacidad para realizar actividades que requieren esfuerzo físico y la pérdida de control sobre los esfínteres. Estos problemas impactan directamente en la calidad de vida y la autonomía de los adultos mayores, lo que resalta la importancia de estrategias preventivas y de intervención para preservar su salud funcional (23).

b. Dimensiones de capacidad funcional

Dimensión 1: Alimentarse

Conforme envejecemos, los hábitos alimenticios suelen deteriorarse, especialmente en los adultos mayores que, debido a la soledad y el aislamiento, a menudo carecen de la supervisión adecuada. Esto puede conducir a un estilo de vida más sedentario, con menor gasto energético, y contribuir al desarrollo de trastornos como la depresión, que afecta el apetito. A partir de los 60 años, hay un deterioro en la capacidad de absorción intestinal, un aumento en el consumo de medicamentos, dificultades para masticar y una pérdida en los sentidos del olfato y gusto, lo que puede generar desequilibrios nutricionales y enfermedades. Aunque el gasto energético disminuye con la edad, los adultos mayores requieren la misma cantidad de nutrientes, ya que el metabolismo y otras funciones físicas y mentales se vuelven más lentas. (24).

Dimensión 2: Moverse entre la silla y la cama

La falta de movilidad o discapacidad por enfermedad son factores comunes que afectan la movilidad de los adultos mayores. Además, con la edad, se producen cambios fisiológicos que contribuyen a una disminución en la capacidad de moverse y por ende acciones simples

como moverse de un punto sentado hacia la cama significa una alta exigencia para el adulto mayor (25).

Dimensión 3: Asearse

Este cuidado es esencial, ya que permite a los ancianos evitar infecciones y contagios. Promueve la higiene personal adecuada, previene malos olores y ayuda a mantener una buena autoestima mediante una atención personalizada, siendo esta actividad importante para poder mantener la salud del adulto mayor que por condiciones físicas se le dificulta esta actividad (26).

Dimensión 4: Usar el inodoro

Se aconseja que los adultos mayores orinen siempre sentados y eviten levantarse rápidamente después de hacerlo. Se sugiere elevar el asiento del inodoro con un asiento elevador o usar una silla de inodoro. También se puede considerar un bidé portátil, que limpia los glúteos con agua tibia y aire caliente sin necesidad de utilizar las manos. Es clave instalar barras de seguridad en el baño, tanto verticales como horizontales, y evitar usar los toalleros para este fin, ya que no pueden soportar el peso requerido. Se recomienda tener dos barras: una para entrar y salir de la bañera y otra para levantarse desde una posición sentada (27).

Dimensión 5: Bañarse

Si la persona dependiente puede mantenerse de pie, el baño será más efectivo en una bañera o ducha, lo que aumentará su independencia en cuanto a higiene. Sin embargo, debe estar siempre supervisada para evitar caídas. Se recomienda instalar barandillas, asientos y asideros, evitar el uso de aceites resbaladizos y controlar la temperatura del agua, que debe ser tibia, similar a la corporal, para evitar accidentes. El baño no debe exceder los 15 minutos para

evitar la deshidratación de la piel o descensos de tensión y esta actividad dependiendo de la capacidad del adulto mayor debe ser supervisada (28).

Dimensión 6: Deambular

La marcha tiene un impacto directo en la movilidad, del adulto mayor. Sostener una marcha equilibrada les permite realizar actividades diarias y reducir la susceptibilidad a caídas. Los trastornos de la marcha, como la disminución de la velocidad o irregularidades en la simetría y sincronización de los movimientos, son comunes en la vejez. Factores como la velocidad de marcha y la capacidad de alineación de los pies son importantes para evaluar el riesgo de dependencia y la capacidad de realizar actividades cotidianas. La marcha requiere la coordinación de varias redes neurológicas que afectan la atención, fuerza y sensibilidad (29).

Dimensión 7: Usar escaleras:

Subir escaleras es esencial para la movilidad independiente, pero requiere mayor fuerza muscular, lo que puede verse afectado por los cambios musculares asociados con el envejecimiento (30).

Dimensión 8: Vestirse

Con la edad, muchos adultos mayores experimentan pérdida de motricidad y coordinación, lo que puede llevar a olvidar cómo vestirse correctamente, perder la autoestima o insistir en usar la misma ropa o de forma incorrecta, siendo esto un evento importante porque la vestimenta del adulto mayor debe ser cómoda para evitar presiones en la piel que puede afectar la circulación y ser propensos a generar úlceras por presión (31).

Dimensión 9: Control de heces

La incontinencia fecal es un síndrome geriátrico con un gran impacto psicológico en la calidad de vida de los pacientes y cuidadores (32).

Dimensión 10: Control de orina

La incontinencia urinaria es más común en los adultos mayores, pero no es una parte normal del envejecimiento. Con el tiempo, disminuye la capacidad vesical, se retrasa la capacidad miccional y aumentan las contracciones involuntarias, lo que puede afectar la calidad de vida (33).

2.2.1.1. Teoría de Virginia Henderson

La teoría de Virginia Henderson, conocida como la Teoría de las Necesidades Básicas, se enfoca en la importancia de la función del enfermero como asistente en la satisfacción de las necesidades fundamentales de los pacientes para mantener su salud. Henderson definió 14 necesidades que el ser humano debe satisfacer para lograr un bienestar físico, mental y emocional adecuado. Estas necesidades incluyen aspectos como la respiración, nutrición, eliminación, descanso, comunicación, movilidad y cuidado personal, entre otros. De acuerdo con esta teoría, la función del enfermero es fomentar que el paciente sea lo más independiente posible y brindarle apoyo cuando no pueda satisfacer sus propias necesidades. Esta teoría enfatiza la relevancia de un cuidado individualizado y completo, reconociendo al paciente como un ser único y teniendo en cuenta su contexto físico, emocional y social (34).

2.2.2. Variable 2: Riesgo de caídas

Las caídas son eventos involuntarios en los que se pierde el equilibrio y se termina en el piso. Aunque la mayoría de las caídas no resultan fatales, las lesiones ocasionadas pueden ser graves y, en algunos casos, mortales (35).

Este tipo de incidentes vulneran al adulto mayor en un nivel físico y emocional y con el riesgo que incrementa por factores externos. Las caídas, debido a la fragilidad del anciano, pueden tener consecuencias significativas para su salud, como fracturas, lo que lleva a limitaciones funcionales, dependencia e inmovilidad (36).

En los adultos mayores, estos accidentes ocurren por razones fisiológicas relacionadas con el envejecimiento, enfermedades predisponentes y factores ambientales. Las personas más activas suelen caerse con mayor frecuencia fuera de sus hogares, mientras que los más frágiles tienden a caerse dentro de su hogar durante actividades cotidianas como ir al baño, agacharse para recoger un objeto, intentar alcanzar algo a gran altura o tropezar con una mascota (37).

a. Dimensiones del riesgo de caídas

Dimensión 1: Caídas previas

Las caídas previas se refieren a episodios anteriores en los que una persona pierde el equilibrio y cae, ya sea dentro de su hogar o en otros ambientes, sin importar si estas caídas han resultado en lesiones visibles o no. Este término implica que el individuo ha experimentado previamente una caída, lo que puede incrementar la probabilidad de caídas posteriores como consecuencia de la pérdida de seguridad en la movilidad, la posible debilidad física o la fragilidad asociada al envejecimiento. Las caídas previas son factores de riesgo importantes para evaluar en personas mayores, ya que un historial de caídas previas está estrechamente relacionado con la probabilidad de que se repitan, afectando la capacidad funcional y la independencia del individuo (38).

Dimensión 2: Medicamentos

El uso de ciertos medicamentos aumenta el riesgo de caídas por los efectos secundarios como confusión, fatiga, sedación, problemas de equilibrio, hipotensión ortostática y alteraciones del ritmo cardíaco. Medicamentos comunes que contribuyen a este riesgo incluyen benzodiazepinas y otros hipnosedantes, antidepresivos, antipsicóticos, antiepilépticos,

relajantes musculares, antiinflamatorios no esteroides y opioides. Estos medicamentos pueden afectar la estabilidad y la función cognitiva, y su uso combinado amplifica el riesgo de caídas. Es importante que los profesionales de salud revisen periódicamente la medicación de los adultos mayores para ajustar las dosis y evitar complicaciones, siempre evaluando los beneficios frente a los riesgos (39).

Dimensión 3: Deficiencias sensoriales

La discapacidad sensorial se caracteriza por la pérdida parcial o total de la visión o audición, sin que necesariamente implique un deterioro en la capacidad intelectual. Muchas personas con esta condición logran superar obstáculos gracias a tecnologías adaptativas, educación inclusiva y apoyo comunitario. Para avanzar hacia una sociedad más inclusiva, es fundamental promover la sensibilización social y asegurar que todos los entornos sean accesibles para todas las personas (40).

Dimensión 4: Estado mental

A medida que las personas envejecen, su salud mental se ve afectada por factores acumulativos de experiencias previas y situaciones estresantes relacionadas con el envejecimiento, como la pérdida de capacidades, el aislamiento social y el maltrato. Los adultos mayores enfrentan adversidades como el duelo, la jubilación, la discriminación por edad y la soledad, lo cual constituye un riesgo significativo para el desarrollo de problemas de salud mental. Además, el maltrato por parte de cuidadores y las responsabilidades de cuidado de cónyuges con enfermedades crónicas pueden provocar depresión y ansiedad. Las condiciones de vida precarias, las enfermedades crónicas y la falta de acceso a servicios adecuados aumentan aún más el riesgo de padecer trastornos mentales en esta etapa de la vida (41).

Dimensión 5: Deambulaci3n

Con el envejecimiento, la postura al caminar sufre ligeros cambios. Aunque muchos adultos mayores conservan una marcha erguida, es frecuente observar un aumento en la rotaci3n p3lvica descendente y en la curvatura lumbar (lordosis). Estos ajustes posturales afectan la estabilidad y eficiencia al caminar, lo que resalta la importancia de implementar estrategias que ayuden a mantener una marcha funcional y segura (42).

2.2.3. Teor3a de Callista Roy

Esta teor3a se centra en c3mo los individuos, al enfrentarse a diferentes demandas del entorno, buscan mantener un equilibrio f3sico, psicol3gico y social mediante procesos de adaptaci3n. Roy considera que cada persona es un sistema en constante interacci3n con su entorno, y cuando enfrenta cambios o desaf3os, responde a trav3s de un proceso de adaptaci3n que puede ser cognitivo, emocional o f3sico. En el contexto del envejecimiento, esta teor3a es especialmente relevante, ya que permite entender c3mo los adultos mayores se ajustan a los cambios relacionados con la salud, la funcionalidad y el entorno social. La intervenci3n de profesionales de la salud se basa en apoyar a los individuos para que logren una adaptaci3n exitosa a estos desaf3os, promoviendo su bienestar y autonom3a (43).

2.2.4. Autocuidado de Dorothea Orem

La autora se enfoca en la capacidad de los individuos para cuidar de s3 mismos y mantener su salud en funci3n de sus necesidades b3sicas. Orem define el autocuidado como el acto consciente de cuidar y mantener el bienestar f3sico, mental y emocional, lo cual es fundamental para la prevenci3n de enfermedades y el manejo de condiciones de salud. En su modelo, identifica tres conceptos clave: la autoayuda, la autoayuda de mantenimiento y la autoayuda de desarrollo, que permiten a las personas adaptarse a las circunstancias cambiantes a lo largo de la vida. La teor3a tambi3n destaca el papel de las enfermeras como facilitadoras del autocuidado, brindando apoyo y educaci3n para que los pacientes asuman un rol activo en

su propio cuidado. En los adultos mayores, el autocuidado se convierte en una herramienta esencial para gestionar los desafíos del envejecimiento, promoviendo la independencia y reduciendo el riesgo de complicaciones relacionadas con la salud (44).

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

- ✓ **Hi:** La capacidad funcional del adulto mayor se relaciona de forma significativa con el riesgo de caídas en el servicio de Medicina de un hospital de nivel II-2 de Puno – 2025.
- ✓ **Ho:** La capacidad funcional del adulto mayor no se relaciona de forma significativa con el riesgo de caídas en el servicio de Medicina de un hospital de nivel II-2 de Puno – 2025.

2.3.2. Hipótesis específicas

- ✓ **Hi1:** La dimensión alimentarse perteneciente a la capacidad funcional del adulto mayor se relaciona de forma significativa con el riesgo de caída en el servicio de medicina.
- ✓ **Hi2:** La dimensión movilizarse entre la silla y la cama perteneciente a la capacidad funcional del adulto mayor se relaciona de forma significativa con el riesgo de caída en el servicio de medicina.
- ✓ **Hi3:** La dimensión asearse perteneciente a la capacidad funcional del adulto mayor se relaciona de forma significativa con el riesgo de caída en el servicio de medicina.
- ✓ **Hi4:** La dimensión usar el inodoro perteneciente a la capacidad funcional del adulto mayor se relaciona de forma significativa con el riesgo de caída en el servicio de medicina.

- ✓ **Hi5:** La dimensión bañarse perteneciente a la capacidad funcional del adulto mayor se relaciona de forma significativa con el riesgo de caída en el servicio de medicina.
- ✓ **Hi6:** La dimensión deambular perteneciente a la capacidad funcional del adulto mayor se relaciona de forma significativa con el riesgo de caída en el servicio de medicina.
- ✓ **Hi7:** La dimensión usar escaleras, perteneciente a la capacidad funcional del adulto mayor se relaciona de forma significativa con el riesgo de caída en el servicio de medicina.

- ✓ **Hi8:** La dimensión vestirse perteneciente a la capacidad funcional del adulto mayor se relaciona de forma significativa con el riesgo de caída en el servicio de medicina.
- ✓ **Hi9:** La dimensión control de heces perteneciente a la capacidad funcional del adulto mayor se relaciona de forma significativa con el riesgo de caída en el servicio de medicina.
- ✓ **Hi10:** La dimensión control de orina perteneciente a la capacidad funcional del adulto mayor se relaciona de forma significativa con el riesgo de caída en el servicio de medicina.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de investigación

Se recurrirá al Hipotético-Deductivo. Este método consiste en observar inicialmente las características generales del fenómeno antes de profundizar en el resultado final (45).

3.2. Enfoque investigativo

Se aplicará el enfoque cuantitativo, que se basa en la medición ordinal y la estadística para identificar las tendencias de comportamiento de los fenómenos que se investigan (46).

3.3. Tipo de investigación

El trabajo es de tipo aplicada porque se pretende aportar en la solución de la problemática observada a través del conocimiento (47).

3.4. Diseño de la investigación

El diseño de investigación será no experimental de corte transversal y nivel correlacional; porque el estudio partirá de la observación del fenómeno para poder investigarlo y medirlo, esto sin manipular de forma intencional y solo evaluar el fenómeno considerando su contexto real, transversal porque se ejecutará en momento y lugar específicos, asimismo el alcance será correlacional porque se busca medir la relación entre las variables de estudio (48).

3.5. Población, muestra y muestreo

Población

La población estará constituida por 85 adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina de un hospital de nivel II-2 de Puno – 2025, siendo un grupo que se examinará por

individuos que comparten características comparables y cuyo número total es anterior al fenómeno que se analiza (49).

Muestra

La muestra es de carácter censal considerando que se trabajará con toda la población que cumpla con los criterios de inclusión y exclusión la muestra serán 85 adultos mayores del servicio de Medicina perteneciente a un hospital de Puno – 2025.

Muestreo

Es el muestreo es por conveniencia, se trata de un método de selección no aleatoria en la cual los sujetos son elegidos según su disponibilidad y facilidad de acceso. En este enfoque, los investigadores seleccionan a las personas que les resulta más sencillo reclutar, en lugar de buscar una muestra representativa de la población en estudio (50).

Criterios de inclusión

- ✓ Personas mayores que estén dispuestos a brindar su rúbrica en el consentimiento informado.
- ✓ Que estén orientados en tiempo y lugar.
- ✓ Y que hayan tenido una caída como mínimo.

Criterios de exclusión

- ✓ Adultos mayores con deterioro cognitivo.
- ✓ Aquellos que estén hospitalizados
- ✓ Y aquellos con Alzheimer.

3.6. Variables y operacionalización

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa
V1: Capacidad funcional	La capacidad funcional se refiere a la habilidad de una persona para llevar a cabo las actividades cotidianas sin requerir supervisión o asistencia (21).	La capacidad funcional se medirá a través de índice de Barthel que consta de 10 ítems que mencionará una dependencia total, moderada o leve. (51)	Alimentarse	Requiere apoyo Precisa asistencia parcial Autónomo	Ordinal	Dependencia de acuerdo a la puntuación: Total: < 14 ptos Moderada: 14-41 ptos. Leve: ≥ 42 ptos.
			Movilizarse entre la silla y la cama	Con asistencia necesaria Con ayuda moderada Requiere asistencia extensa Autovalente		
			Asearse	Con dependencia funcional Funcional		
			Usar el inodoro	Con necesidad de supervisión Precisa colaboración ligera Sin asistencia requerida		
			Bañarse	Con ayuda constante Autónomo		
			Deambular	Con alta dependencia Requiere apoyo leve Precisa colaboración significativa Autovalente		
			Usar escaleras	Con dependencia funcional Precisa asistencia parcial Funcional		
			Vestirse	Con necesidad de ayuda total Con ayuda moderada Autónomo		
Control de heces	Requiere asistencia extensa Precisa apoyo considerable Autovalente					
V2: Riesgo de caídas	Las caídas son eventos involuntarios en los que se pierde el	Se evaluará por medio de J.H. Downton, integrado por 5 componentes y dirán	Caídas previas	No Si	Ordinal	3-5= Presenta 0-2= No presenta
			Medicamentos	Ninguno Medicamentos diuréticos		

<p>equilibrio y el cuerpo finaliza en el piso o en alguna superficie que lo frena. Aunque la mayoría de las caídas no resultan fatales, las lesiones ocasionadas pueden ser graves y, en algunos casos, mortales (35).</p>	<p>si se presenta o no riesgo de caídas. (52)</p>	<p>Deficiencias sensoriales</p>	<p>Fármacos antihipertensivos Tratamiento antiparkinsoniano Psicofármacos antidepresivos Otros fármacos Ausencia Dificultades visuales Dificultades auditivas Miembros corporales Adecuada orientación Desorientación Habitual Estable con apoyo Inestable con o sin apoyo Inviabile</p>
		<p>Estado mental</p>	
		<p>Deambulaci3n</p>	

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

Técnica de La variable 1:

Para el acopio de registros de esta variable se hará uso de la encuesta, una técnica que se basa en preguntas cerradas con un contexto específico, caracterizada por un método práctico y ordinal.

Técnica de la variable 2:

En el caso de la segunda variable se usará la técnica de la observación es un método para recolectar datos, donde el investigador registra sistemáticamente información sobre un fenómeno o situación utilizando sus sentidos, principalmente la vista y el oído (53).

3.7.2. Descripción de instrumentos

Variable 1: Capacidad Funcional

Para esta variable se usará el Índice de Barthel, de Mahoney y Barthel hecho en 1965 y con adaptación hispana por parte de Pérez del Molino et al. en 1993. Este índice consta de 10 ítems tipo Likert que evalúan desde la "dependencia" hasta la "independencia", con puntuaciones progresivas de 0, 5, 10 y 15. Las áreas evaluadas incluyen alimentación, traslado entre cama y silla, higiene personal, uso del inodoro, baño, deambulación, uso de escaleras, vestimenta, control de heces y control de orina. Este instrumento fue previamente utilizado en Perú por Vega (51) en 2021. La clasificación de la capacidad funcional se realiza a través de escalas específicas, con las siguientes categorías:

Dependencia de acuerdo a la puntuación:

- ✓ Total (inferior a 14)
- ✓ Moderada (de 14 a 41)
- ✓ Leve (de 42 o más).

Variable 2: Riesgo de Caídas:

Con la finalidad de examinar el primer fenómeno, se recurrirá a la Escala de Downton, que integra diversos criterios de detección y aborda factores de alto impacto en la ocurrencia de caídas. Desarrollada por el Dr. J.H. Downton en el Departamento de Medicina Geriátrica de Salford, Manchester, esta herramienta, conocida como Fall Risk Score, fue también aplicada en el estudio de Gutiérrez (52) en 2022 en Perú.

Según esta escala, una puntuación de 2 o menos sugiere que el paciente no presenta probabilidad de caídas.

Con el fin de clasificar el fenómeno, se aplicarán las categorías detalladas a continuación: 3-5 puntos indica que el paciente presenta riesgo de caídas, Mientras que 0-2 puntos indica que no lo presenta.

3.7.3. Validación**Variable 1: Capacidad Funcional**

Para validar el contenido del instrumento se consultó a 3 expertos dos doctores y un magister y se tomaron en cuenta sus juicios con un resultado de V de Aiken de 1.00. (51).

variable 2: Riesgo de Caídas

La validez fue por 3 jueces de expertos; cuya R de fin en la media aritmética entre los jueces fue 0.95, con un resultado de V de Aiken de 1.0 (52).

3.7.4. Confiabilidad**Variable 1: Capacidad Funcional:**

Para la confiabilidad se realizó una prueba piloto con 20 personas en donde a través del estadístico de Alfa de Cronbach se obtuvo como resultado 0,809 una confiabilidad alta (51).

Variable 2: Riesgo de Caídas:

La confiabilidad del instrumento se realizó mediante la prueba piloto con 20 personas, obteniendo un resultado de 0.880 de Alfa de Cronbach, una confiabilidad significativa (52).

3.8. Plan de Procesamiento y análisis de datos

Comenzará tras la aprobación del proyecto por el CEI de la universidad, lo que permitirá solicitar formalmente la carta de presentación y obtener el permiso del director de la institución indagada. Además, se coordinará con el área de enfermería para facilitar el acceso al sector de estudio. Se organizará una reunión con la jefa de enfermería y el personal de salud para asegurar que todo el personal involucrado esté al tanto del proceso de investigación. Los participantes serán seleccionados conforme a los criterios establecidos y se les pedirá que firmen el consentimiento informado antes de participar en el estudio. Cada uno de ellos completará una encuesta, cuyo tiempo estimado de aplicación será de 30 minutos. Luego de su aplicación las respuestas de la muestra serán codificadas y registradas en un repositorio de información desarrollado en Excel. Consecuentemente, se procesará estadísticamente por el SPSS 25.0, de manera descriptiva, con apoyo de tablas de frecuencia y representaciones gráficas, y de forma inferencial, mediante Rho de Spearman, se validarán las conjeturas planteadas.

3.9. Aspectos éticos

El desarrollo del trabajo considerara los siguientes principios bioéticos (54):

El principio de la justicia: El principio de justicia implica que todos los participantes deben ser tratados con igualdad, dignidad y respeto. Los datos recopilados serán genuinos y utilizados exclusivamente en el ámbito académico.

El principio de la autonomía: Afirma que participar en la disertación será totalmente opcional. Se pedirá a los participantes que den su consentimiento informado, lo que implica firmar un documento que confirme que han entendido y aceptado el proceso.

El principio de la beneficencia: Los colaboradores serán informados de todos los aspectos pertinentes acerca de las finalidades de la disertación. Los hallazgos que se obtengan se emplearán con el fin de optimizar la calidad del servicio que se ofrece a los adultos mayores.

El principio de la no maleficencia: La disertación se llevará a cabo con fines formativos, tomando las precauciones requeridas para proteger al participante. Además, se garantizará la privacidad y el anonimato de los datos suministrados, evitando cualquier posible daño a los mismos.

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Cronograma de actividades

El presente estudio abarcará el periodo desde Julio hasta diciembre de 2025, lapso durante el cual se calcula que se recogerán los datos requeridos para la investigación.

ACTIVIDADES	2025																							
	JUL				AGO				SET				OCT				NOV				DIC			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Problemática	■	■	■	■	■	■																		
Información bibliográfica		■	■	■	■	■	■																	
Marco teórico			■	■	■	■	■	■	■															
Justificación					■	■	■	■	■	■														
Objetivos de estudio							■	■	■	■														
Metodología							■	■	■	■														
Presentación de sujetos a investigar							■	■	■	■														
Recursos de obtención de información									■	■	■													
Consideraciones éticas									■	■	■													
Evaluación estadística									■	■	■													
Anexos									■	■	■													
aspectos Administrativos													■	■	■	■	■	■						
Aprobación del proyecto																			■	■	■			
Sustentación de informe final																						■	■	■

4.2. Presupuesto

	Categorías	Medida	Número	Costo (S/.)	
				Valor por unidad	Valor global
Servicios	Rubricación	Hoja	20	10	200
	Internet	Horas	270	2	540
	Encuadernación	Unidad	3	100	300
	Viático	Unidad	2	140	280
	Movilidad	Unidad	10	5	50
	Subtotal				
Recursos materiales	Papel bond	Millar	4	15	60
	Lapiceros	Unidad	5	10	50
	Archivadores	Docena	4	30	120
	Memoria USB	Unidad	1	40	40
	Subtotal				
N°	ÍTEMS				COSTO (S/.)
1	Servicios				1370
2	Recursos materiales				270
TOTAL					1640

5. REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Caídas [Internet]. 2021 [citado el 16 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
2. Nagarkar A, Kulkarni S. Association between daily activities and fall in older adults: an analysis of longitudinal ageing study in India (2017-18). BMC Geriatr [Internet]. 2022;22(1):203. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-022-02879-x>
3. Mitsiokapas V, Siarampi E, Smixioti VV, Mitsiokapa E, Karatzaferi C, Koulouvaris P, et al. Inadequate functional capacity and health-related outcomes in older adults living in nursing homes in Greece. Aging Health Res [Internet]. 2023;3(1):100118. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ahr.2023.100118>
4. Suárez O, Parody A. Prevalencia de caídas y factores de riesgo intrínsecos en personas adultas mayores. Barranquilla (Atlántico), Colombia. Rev Univ Ind Santander Salud [Internet]. 2022;55(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18273/saluduis.55.e:23011>
5. Suarez G, Velasco V, Limones M, Pereyra Z. Caídas en el adulto mayor, en relación a su salud y capacidad funcional: Falls in the elderly, in relation to their health and functional capacity. LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades [Internet]. 2023 [citado el 16 de agosto de 2025];4(3):1051–8. Disponible en: <https://latam.redilat.org/index.php/lt/article/view/1130>
6. Rojas M. Capacidad funcional y riesgo de caídas en pacientes adultos mayores identificados en el Centro de Atención del Adulto mayor – Loja [Tesis de titulación]. Universidad Nacional de Loja; 2021. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/items/48925232-e300-4d88-ae02-bd162140eb36>
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Este 26 de agosto más de 4 millones 747 mil adultos mayores conmemoran su día [Internet]. INEI; 2024 [citado el 16 de agosto de

- 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inei/noticias/1010099-este-26-de-agosto-mas-de-4-millones-747-mil-adultos-mayores-conmemoran-su-dia>
8. Leitón Z, Silva J, De Lima F, Fuentes W, Villanueva M, Partezani R. Predicción de caídas y caídas recurrentes en adultos mayores que viven en el domicilio. Gerokomos [Internet]. 2022 [citado el 16 de agosto de 2025];33(4):212–8. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2022000400002
 9. Andina. EsSalud: caídas en adultos mayores pueden causar discapacidad permanente incluso la muerte [Internet] 2021 [citado el 16 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://andina.pe/agencia/noticia-essalud-caidas-adultos-mayores-pueden-causar-discapacidad-permanente-incluso-muerte-886098.aspx>
 10. Avila M. Factores de riesgo de caídas en adultos mayores que asisten al Centro del Adulto Mayor Municipalidad San Juan de Miraflores 2022 [Tesis de especialidad]. Universidad Privada San Juan Bautista; 2023. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/item/b253d50e-3b9d-41f6-b7ba-ae9579eda21c>
 11. Castillo S. Capacidad Funcional, Ambiente Físico y su Relación con el Riesgo de Caídas en Adultos Mayores [Tesis maestra]. México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; 2022. Disponible en: https://repositorioinstitucional.buap.mx/server/api/core/bitstreams/02_f95170-d5f4-4410-b1e4-ff0afdb18800/content
 12. Rojas M. Capacidad funcional y riesgo de caídas en pacientes adultos mayores identificados en el Centro de Atención del Adulto mayor – Loja [Tesis de titulación]. Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2021. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/24391>
 13. Astaiza M, Benítez M, Bernal V, Campo D, Betancourt J. Fragilidad, desempeño físico y riesgo de caídas en adultos mayores pertenecientes a una comuna de Cali, Colombia.

- Gerókomos [Internet]. 2021;32(3):154–8. [Consultado el 16 de agosto de 2025]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2021000400004
14. Campiño S, Serna A, Ayala I. Riesgo de caídas y su relación con la capacidad física y cognitiva, en una residencia de adultos mayores de Santiago de Chile. *Cultura* [Internet]. 2020;17(2):61–74. [Consultado el 16 de agosto de 2025]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18041/1794-5232/cultrua.2020v17n2.7658>
 15. Miranda M. Riesgos de caída y capacidad funcional en el adulto mayor del centro integral de atención al adulto mayor en Ate, 2024 [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2025. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13053/13003>
 16. Arcelles F, Fernandez K. Capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores de la Asociación Regional de Cesantes y Jubilados de Educación de Tacna, 2023 [Tesis de licenciatura]. Tacna: Universidad Continental; 2024. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12394/14050>
 17. Minchola N. Capacidad funcional relacionada a caídas en adultos mayores atendidos en un centro de atención primaria, San Martín de Porres 2024 [Tesis de titulación]. Lima: Privada San Juan Bautista; 2024. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14308/5585>
 18. Hervacio R, Romero A. Riesgo de caídas y capacidad funcional en adultos mayores atendidos en un centro de fisioterapia del distrito de Huaura; 2020 [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Privada del Norte; 2023. Disponible en: <https://hdl.handle.net/11537/36208>
 19. Malca Y. Capacidad funcional relacionado con riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en un hospital de Trujillo, 2022 [Tesis de titulación]. Trujillo: Universidad César Vallejo; 2023. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/108640>

20. Aquino O, Bordón V, de Torrez M, Riveros M. Calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con artritis reumatoide de una asociación de Paraguay 2022. Rev Cient Cienc Salud [Internet]. 2022 [citado el 16 de agosto de 2025];4(2):9–18. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10009832>
21. Jiménez E, Fernández Z, Broche Y, León J, Rodríguez G, Rodríguez R. Índices de capacidad funcional, ansiedad y depresión en una muestra de adultos mayores de Santa Clara. Noved Poblac [Internet]. 2021 [citado el 16 de agosto de 2025];17(33):223–44. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1817-40782021000100223&script=sci_arttext&tlng=en
22. Hernández M, Altamirano L. Capacidad funcional en adultos mayores de un albergue ubicado Lima-Sur. Cuidado y Salud Pública [Internet]. 2021 [citado el 16 de agosto de 2025];1(1):11–7. Disponible en: <https://cuidadoysaludpublica.org.pe/index.php/cuidadoysaludpublica/article/view/12>
23. Cossio M. Capacidad funcional de adultos mayores según cambios estacionales. Nutr clín diet hosp [Internet]. 2017;(2):83–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12873/372cossio>
24. Cuideo. Alimentación saludable para personas de la tercera edad [Internet]. 2022 [citado el 16 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://cuideo.com/blog/alimentacion-saludable-tercera-edad/>
25. Escuela de Medicina de Chile. Inmovilidad en el adulto mayor [Internet]. 2018 [citado el 16 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/publicacion/inmovilidad-adulto-mayor/>
26. López MV. Técnicas de higiene y aseo para personas mayores [Internet]. Cuidum - Cuidado de mayores a domicilio. Cuidado de ancianos; 2019 [citado el 16 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.cuidum.com/blog/tecnicas-de-higiene-y-aseo-para-personas-mayores/>

27. Medline Plus. Seguridad en el baño para los adultos [Internet] Institutos Nacionales de la Salud Biblioteca Nacional de Medicina; 2023 [citado el 16 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000021.htm>
28. Innova Asistencial. Cómo bañar a una persona mayor [Internet]. Innova Asistencial; 2019 [citado el 16 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.innovaasistencial.com/blog/duchar-banar-mayor/>
29. Stefanacci R, Wilkinson J. Trastornos de la marcha en los ancianos [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. Manuales MSD; 2023 [citado el 16 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/geriatr%C3%ADa/trastornos-de-la-marcha-en-los-ancianos/trastornos-de-la-marcha-en-los-ancianos?ruleredirectid=758>
30. Bonino T. Aprender a subir mejor las escaleras para personas mayores [Internet]. 2020 [citado el 16 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.fisioterapia-online.com/videos/aprender-subir-mejor-las-escaleras-para-personas-mayores>
31. Grupo fainmed. Cuidados del adulto mayor – Fainmed [Internet]. 2022 [citado el 16 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.grupofainmed.com/cuidados-del-adulto-mayor/>
32. García A, Jiménez R, Reyes M, Vázquez J, Ramos M, Díaz J, et al. Incontinencia fecal en el paciente anciano. Revisión de conjunto. Cir Esp [Internet]. 2018 [citado el 16 de agosto de 2025];96(3):131–7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-incontinencia-fecal-el-paciente-anciano--S0009739X18300186>
33. Shenot PJ. Incontinencia urinaria en adultos [Internet]. Manual MSD versión para público general; 2023 [citado el 16 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-pe/hogar/trastornos-renales-y-del-tracto-urinario/trastornos-de-la-micci%C3%B3n/incontinencia-urinaria-en-adultos>

34. Álvarez L, Carlosama I, Cuayal L, Erazo E, Granda M, Solarte K. Aproximación a la teoría de Virginia Henderson en el Proceso de Atención en Enfermería. Bol Informativo CEI [Internet]. 2021 [citado el 24 de agosto de 2025];8(2):85–6. Disponible en: <https://revistas.umariana.edu.co/index.php/BoletinInformativoCEI/article/view/2682>
35. Organización Mundial de la Salud. Caídas [Internet]. OMS: 2021 [citado el 11 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
36. Perez I. Riesgo de caída y actividad física en el adulto mayor en el Asilo de San Vicente de Paul en la Beneficencia de Huancayo. [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Tecnología Médica con Especialidad en Terapia Física y Rehabilitación] Huancayo: Universidad Continental; 2022. Disponible en: https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/11325/3/IV_FCS_507_TE_Perez_Marin_2022.pdf
37. Rivera F. La capacidad funcional y su relación con el riesgo de caída en los adultos mayores albergados en el centro geriátrico de la beneficencia pública “San Vicente de Paul” Lima 2022. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería] Universidad Norbert Wiener; 2022. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/1f12c83e-8df2-44c3-bfea-4cd35ed362af/content>
38. Stefanacci R, Wilkinson J. Caídas en las personas mayores [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. Manuales MSD; 2023 [citado el 16 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/geriatr%C3%ADa/ca%C3%ADdas-en-las-personas-mayores/ca%C3%ADdas-en-las-personas-mayores>
39. Fundación Mayo para la Educación y la Investigación Médicas. Medicamentos que aumentan el riesgo para caídas en personas mayores [Internet]. Mayo Clinic; 2023 [citado

- el 16 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/healthy-lifestyle/healthy-aging/in-depth/fall-risk/art-20572713>
40. Maita L. Discapacidad sensorial: tipos, causas e impacto [Internet]. Discapnet. Discapnet - El Portal de las Personas con Discapacidad; 2024 [citado el 16 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.discalpnet.es/discapacidad/tipos-de-discapacidad/discapacidad-sensorial>
 41. Organización Mundial de la Salud. Salud mental de los adultos mayores [Internet]. Who; 2023 [citado el 16 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
 42. Delgado E. Deambulaci3n – Espacio de Psiquiatría Geriátrica [Internet]. Espacio de Psiquiatría Geriátrica. [citado el 16 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://psiquiatramayores.com/tag/deambulacion/>
 43. Naranjo Y. Puntos de encuentro entre las teorías de Roy y Orem en la atención a ancianos con úlcera neuropática. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2019 [citado el 16 de agosto de 2025];35(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192019000200013
 44. Naranjo Y, Concepci3n J, Rodríguez M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac médica espiritana [Internet]. 2017 [citado el 16 de agosto de 2025];19(3):89–100. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009
 45. Ñaupas H, Mejía E, Novoa E, Villag3mez A. Metodología de la investigaci3n científica y la elaboraci3n de tesis. 5ta edici3n. Perú. 2018.
 46. Arias F. El Proyecto de Investigaci3n Introducci3n a la metodología científica. 6ª Edici3n. Editorial Episteme, C.A. Caracas - República 2018.

47. Hernández R, Mendoza, C Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Ciudad de México, México: Editorial Mc Graw Hill Education, Año de edición: 2018, ISBN: 978-1-4562-6096-5, 714 p.
48. Rodríguez M, Mendivelso F. Diseño de investigación de Corte Transversal. Rev medica Sanitas [Internet]. 2018;21(3):141–6. Disponible en: <https://revistas.unisanitas.edu.co/index.php/rms/article/download/368/289/646>
49. Hernández R, Mendoza, C Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Ciudad de México, México: Editorial Mc Graw Hill Education, Año de edición: 2018, ISBN: 978-1-4562-6096-5, 714 p.
50. López P, Fachelli S. Metodología de la investigación social cuantitativa [Internet]. 2018 [citado el 16 de agosto de 2025]. Disponible en: https://ddd.uab.cat/pub/caplli/2016/163567/metinvsoccua_a2016_cap2-3.pdf
51. Vega M. Sobrecarga del cuidador familiar y grado de dependencia funcional del paciente con enfermedad vascular cerebral, Hospital La Caleta, Chimbote, 2021. Universidad César Vallejo; 2021. [citado el 16 de agosto de 2025];30(2):56–60. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/73310>
52. Gutiérrez E, Meneses A, Bermúdez P. Clasificación del riesgo a caer en el adulto mayor: Test de Downton y de Tinetti [Internet]. Convención Internacional de Salud, Cuba Salud 2022. [citado el 16 de agosto de 2025]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2709-79272022000100127
53. Grupo Sobre Entrenamiento (G-SE). Cuestionarios y Encuestas: explorando sus diferencias [Internet]. 2020 [citado el 16 de agosto de 2025]. Disponible en: <https://g-se.com/cuestionarios-y-encuestas-explorando-sus-diferencias-bp-e64ee43a99bf6a>

54. Colegio de Enfermeros del Perú. Código de Ética y Deontología. [Internet].; 2019 [citado el 16 de agosto de 2025]. Disponible en: https://www.cep.org.pe/download/codigo_etica_deontologia.pdf.

6. ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño Metodológico
<p>Problema general: ¿Cómo la capacidad funcional se relaciona con el riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina de un hospital de Puno – 2025?</p>	<p>Objetivo general: Determinar como la capacidad funcional se relaciona con el riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el servicio de medicina de un hospital de nivel II-2 de Puno – 2025.</p>	<p>Hipótesis general Hi: La capacidad funcional muestra una relación significativa con el riesgo de caídas en los adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina de un hospital de nivel II-2 de Puno – 2025. Ho: La capacidad funcional no muestra una relación significativa con el riesgo de caídas en los adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina de un hospital de nivel II-2 de Puno – 2025.</p>	<p>Variable 1 Capacidad funcional</p> <p>Dimensiones: Alimentarse Movilizarse entre la silla y la cama Asearse Usar el inodoro Bañarse Deambular Usar escaleras Vestirse Control de heces Control de orina</p>	<p>Tipo de investigación: - Aplicada Método y diseño de Investigación Método hipotético - Deductivo Diseño no experimental de corte transversal</p> <p>Población 85 adultos mayores atendidos en el Servicio de medicina de un hospital de nivel II-2 de Puno – 2025</p>
<p>Problemas específicos:</p> <p>¿Cuál es la asociación entre la dimensión alimentarse de la capacidad funcional y el riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina de un hospital?</p> <p>¿Cuál es la asociación entre la dimensión movilizarse entre la silla y la cama de la capacidad funcional y el riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el</p>	<p>Objetivos específicos:</p> <p>Identificar como la dimensión alimentarse de la capacidad funcional se relaciona con el riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el servicio de medicina</p> <p>Identificar como la dimensión movilizarse entre la silla y la cama de la capacidad funcional se relaciona con el riesgo de caídas en</p>	<p>Hipótesis Especifica</p> <p>Hi1: La dimensión alimentarse de la capacidad funcional muestra una relación significativa con el riesgo de caídas en los adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina</p> <p>Hi2: La dimensión movilizarse entre la silla y la cama de la capacidad funcional muestra una relación significativa con el riesgo de caídas en los adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina.</p>	<p>Variable 2 Riesgo de caídas</p> <p>Dimensiones: Caídas previas Medicamentos Deficiencias sensoriales Estado mental Deambulación</p>	<p>Muestra 85 adultos mayores atendidos en el Servicio de medicina de un hospital de nivel II-2 de Puno – 2025</p> <p>Técnica Encuesta Observación Instrumentos Cuestionario Ficha de cotejo</p>

servicio de Medicina de un hospital?	adultos mayores atendidos en el servicio de medicina.	Hi3: La dimensión asearse de la capacidad funcional muestra una relación significativa con el riesgo de caídas en los adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina.
¿Cuál es la asociación entre la dimensión asearse de la capacidad funcional y el riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina de un hospital?	Identificar como la dimensión asearse de la capacidad funcional se relaciona con el riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el servicio de medicina.	Hi4: La dimensión usar el inodoro de la capacidad funcional muestra una relación significativa con el riesgo de caídas en los adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina.
¿Cuál es la asociación entre la dimensión usar el inodoro de la capacidad funcional y el riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina de un hospital?	Identificar como la dimensión usar el inodoro de la capacidad funcional se relaciona con el riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el servicio de medicina.	Hi5: La dimensión bañarse de la capacidad funcional muestra una relación significativa con el riesgo de caídas en los adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina.
¿Cuál es la asociación entre la dimensión bañarse de la capacidad funcional y el riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina de un hospital?	Identificar como la dimensión bañarse de la capacidad funcional se relaciona con el riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el servicio de medicina.	Hi6: La dimensión deambular de la capacidad funcional muestra una relación significativa con el riesgo de caídas en los adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina.
¿Cuál es la asociación entre la dimensión deambular de la capacidad funcional y el riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina de un hospital?	Identificar como la dimensión deambular de la capacidad funcional se relaciona con el riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el servicio de medicina.	Hi7: La dimensión usar escaleras de la capacidad funcional muestra una relación significativa con el riesgo de caídas en los adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina.
¿Cuál es la asociación entre la dimensión usar escaleras de la capacidad funcional y el riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina de un hospital?	Identificar como la dimensión usar escaleras de la capacidad funcional se relaciona con el riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el servicio de medicina.	Hi8: La dimensión vestirse de la capacidad funcional muestra una relación significativa con el riesgo de caídas en los adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina.
	Identificar como la dimensión vestirse de la capacidad funcional se relaciona con el riesgo de caídas	Hi9: La dimensión control de heces de la capacidad funcional muestra una relación significativa con el riesgo de caídas en los adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina.

¿Cuál es la asociación entre la dimensión vestirse de la capacidad funcional y el riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina de un hospital?	en adultos mayores atendidos en el servicio de medicina. Identificar como la dimensión control de heces de la capacidad funcional se relaciona con el riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el servicio de medicina.	H₁₀ : La dimensión control de orina de la capacidad funcional muestra una relación significativa con el riesgo de caídas en los adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina
¿Cuál es la asociación entre la dimensión control de heces de la capacidad funcional y el riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina de un hospital?	Identificar como la dimensión control de orina de la capacidad funcional se relaciona con el riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el servicio de medicina	
¿Cuál es la asociación entre la dimensión control de orina de la capacidad funcional y el riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina de un hospital?		

Anexo 2: Instrumentos**CUESTIONARIO PARA LA MEDICIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL****ÍNDICE DE BARTHEL**

Mi nombre es Ruth Belu Pacori Coanqui, estudiante de la segunda especialidad de enfermería en cuidado del enfermero en geriatría y gerontología de la Universidad Privada Norbert Wiener; estoy realizando el trabajo de investigación “Capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el servicio de Medicina de un hospital de nivel II-2 de Puno – 2025”. Por lo cual agradezco me puedan apoyar con llenar el siguiente cuestionario.

INSTRUCCIONES:

Sírvase usted completar y marcar con una (x) y/o llene los espacios en blanco según corresponda. Por favor, lea cuidadosamente cada una de las preguntas, y solamente luego que haya comprendido, proceda a contestarla en la respectiva hoja. Pregunta que no sea entendida puede solicitar ayuda al investigador.

DATOS GENERALES:

Edad: _____ años cumplidos

Sexo:

a) Masculino b) Femenino

Grado de instrucción:

a) Analfabeto b) Primaria c) Secundaria d) Técnico e) superior

Lee cada frase y señale su respuesta indicando cómo se ha sentido Ud. durante esta última semana

N		Puntuación
Dimensión 1: ALIMENTARSE.		
1	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona	0
	Necesita ayuda para cortar carnes, desmenuzar, echar mantequilla al pan.	5
	Independiente. Come por sí solo, sin ayuda de nadie	10

Dimensión 2: MOVILIZARSE ENTRE LA SILLA Y LA CAMA.		
2	Dependiente. Necesita ser cargado. Incapaz de mantenerse sentado solo	0
	Necesita gran ayuda física, de una o dos personas fuertes, pero puede mantenerse sentado solo	5
	Necesita mínima ayuda física o supervisión para moverse.	10
	Independiente. No necesita ayuda	15
Dimensión 3: ASEARSE		
3	Dependiente. Necesita ayuda con el aseo personal.	0
	Independiente. Se lava la cara, las manos, se cepilla los dientes, se peina, se afeita, por sí solo.	5
Dimensión 4: USAR EL INODORO.		
4	Dependiente. Incapaz de manejarse sin asistencia de alguien.	0
	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda, pero se limpia por sí mismo	5
	Independiente. Entra, utiliza y sale solo del baño, se limpia por sí mismo, no necesita ayuda	10
Dimensión 5: BAÑARSE.		
5	Dependiente. Necesita ayuda o supervisión de alguien para bañarse	0
	Independiente. Capaz de bañarse por sí mismo, sin la asistencia de alguien. Entra y sale solo de la ducha	5
Dimensión 6: DEAMBULAR		
6	Dependiente. Incapaz de deambular por sí solo.	0
	Independiente para moverse en silla de ruedas, sin ayuda	5
	Necesita ayuda o supervisión para caminar 50 metros. Utiliza andador	10
	Independiente. Camina solo 50 metros, sin supervisión de alguien. Puede usar bastón o muletas, pero no andador.	15
Dimensión 1: USAR ESCALERAS.		
7	Dependiente. Incapaz de usar la escalera por sí solo	0
	Necesita ayuda física o supervisión de alguien para hacerlo. Puede usar bastón.	5
	Independiente. Puede subir y bajar escaleras por sí solo	10
Dimensión 1: VESTIRSE		
8	Dependiente. Incapaz de vestirse y desvestirse por sí solo	0
	Necesita ayuda. Puede realizar al menos la mitad de actividades para vestirse	5
	Independiente. Puede ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos, por sí solo	10
Dimensión 1: CONTROL DE HECES.		
9	Incontinencia. Incapaz de controlar las deposiciones.	0
	Ocasionalmente presenta algún episodio de deposición no controlada o necesita ayuda con enemas o supositorios.	5
	Continencia normal. Capaz de controlar las deposiciones.	10
Dimensión 1: CONTROL DE ORINA.		
10	Incontinencia. Incapaz de controlar la necesidad de orinar.	0
	Ocasionalmente presenta algún episodio de incontinencia urinaria, o necesita supervisión para cuidar la sonda vesical	5
	Continencia normal. Capaz de controlar la necesidad de orinar o cuidar la sonda vesical, si tiene una puesta.	10

Interpretación del resultado:

- Dependencia Total: Menor a 14 puntos.
- Dependencia Moderada: 14 a 41 puntos.
- Dependencia Leve: Mayor o igual a 42 puntos.

FICHA DE COTEJO PARA MEDIR EL RIESGO DE CAÍDAS

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J. H. DOWNTON)

N		Puntuación
Dimensión 1: Caídas previas		
	No	0
	Si	1
Dimensión 2: Medicamentos		
	Ninguno	0
	Tranquilizantes-sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos*	1
Dimensión 3: Deficiencias sensoriales		
	Ninguna	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades	1
Dimensión 4: Estado mental		
	Buena orientación	0
	Confusión	1
Dimensión 5: Deambulaci3n		
	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda/sin ayuda	1
	Imposible	1

* Según los criterios STOPP/START otros fármacos que incrementan el riesgo de caídas serían: opiáceos, neurolépticos, antihistamínicos sedantes o de primera generaci3n.

Si la puntuaci3n en la escala de Downton es menor o igual de 2 se considera que el paciente no requiere cuidados específcos relacionados con el riesgo de caídas. Se proporcionan mediante técnicas de EpS las medidas generales de promoci3n de la salud de personas mayores sobre actividad física, prescripci3n de ejercicio y adecuaci3n del entorno para mejorar su seguridad, como se recomienda en las intervenciones NIC de enfermería recogidas en la guía de cuidados para la prevenci3n de caídas en Atenci3n Primaria. Se reevaluará cuando se produzca cualquier cambio en su estado físico o mental.

Anexo 3: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este documento de consentimiento informado tiene información que lo ayudará a decidir si desea participar en este estudio de investigación. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados, tómese el tiempo necesario y lea con detenimiento la información proporcionada líneas abajo, si a pesar de ello persisten sus dudas, comuníquese con la investigadora al teléfono celular _____. Lic. de enfermería _____. No debe dar su consentimiento hasta que entienda la información y todas sus dudas hubiesen sido resueltas.

Título del proyecto: “Capacidad funcional y riesgo de caídas en los adultos mayores atendidos en el Servicio de medicina del hospital Carlos Mongue Medrano, Juliaca, 2025”.

Nombre del investigador principal:

Propósito del estudio: Determinar la relación entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas en los adultos mayores atendidos en el Servicio de medicina del hospital Carlos Mongue Medrano, Juliaca, 2025.

Participantes: 85 adultos mayores atendidos en el Servicio de medicina del hospital Carlos Mongue Medrano, Juliaca, 2025.

Participación voluntaria: Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

Beneficios por participar: Los participantes del estudio podrán acceder a los resultados de la investigación.

Inconvenientes y riesgos: Ninguno, solo se le pedirá responder el cuestionario.

Costo por participar: Usted no hará gasto alguno durante el estudio.

Remuneración por participar: Ninguna es voluntaria.

Confidencialidad: La información que usted proporcione estará protegido, solo los investigadores pueden conocer. Fuera de esta información confidencial, usted no será identificado cuando los resultados sean publicados.

Renuncia: Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin sanción o pérdida de los beneficios a los que tiene derecho.

Consultas posteriores: Si tuviese preguntas adicionales durante el desarrollo de este estudio o acerca del estudio, puede dirigirse a la coordinadora de equipo.

Contacto con el Comité de Ética: Si usted tuviese preguntas sobre sus derechos como voluntario, o si piensa que sus derechos han sido vulnerados, puede dirigirse al Presidente del Comité de Ética de la ubicada en la 4, correo electrónico:

.....

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro que he leído y comprendido la información proporcionada, se me ofreció la oportunidad de hacer pregunta; y responderlas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente el hecho de responder la encuesta expresa su aceptación de participar voluntariamente en el estudio. En mentó a ello proporciono la información siguiente:

Documento Nacional de Identidad:

Correo electrónico personal o institucional:

Firma




16% Similitud general

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

Filtrado desde el informe

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

Fuentes principales

- 12%  Fuentes de Internet
- 2%  Publicaciones
- 15%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

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

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

Fuentes principales

- 12% Fuentes de Internet
- 2% Publicaciones
- 15% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

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

1	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	3%
2	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-12-29	2%
3	Trabajos entregados	Submitted on 1685851257289	1%
4	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2024-10-25	1%
5	Trabajos entregados	Universidad Católica de Santa María on 2025-12-15	1%
6	Internet	repositorio.autonomadeica.edu.pe	1%
7	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-12-09	1%
8	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-12-02	<1%
9	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-12-29	<1%
10	Internet	repositorio.upla.edu.pe	<1%
11	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2024-10-26	<1%