



Universidad
Norbert Wiener

Powered by **Arizona State University**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA**

Trabajo Académico

Capacidad funcional y riesgo de caída en los pacientes adultos mayores de un
hospital de Lima, 2025

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

Presentado por:

Autora: Zambrano Taipe, Elida Laura

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-8753-6108>

Asesora: Mg. Benavides Silva de Sender, Erika María del Carmen

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8421-270X>

Lima – Perú

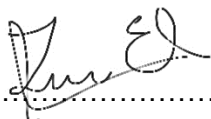
2025

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo, Elida Laura Zambrano Taipe egresado de la Facultad de Ciencias de la Salud y Escuela Académica Profesional de Enfermería, del programa Segunda especialidad en Cuidado Enfermero en Geriatría y Gerontología, de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico “Capacidad Funcional y Riesgo de Caída en los Pacientes Adultos Mayores de un Hospital de Lima, 2025” Asesorado por el docente: Benavides Silva De Sender, Erika María Del Carmen DNI 21463499 ORCID 0000-0002-8421-270X tiene un índice de similitud de (19) (DIECINUEVE) % con código OID: 14912:466303421 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

DNI: 41355050



.....
Firma

Erika Maria Del Carmen Benavides Silva De Sender

DNI: 21463499

Lima, 11 junio 2025

“Capacidad Funcional y Riesgo de Caída en los Pacientes
Adultos Mayores de un Hospital de Lima, 2025”

Dedicatoria

A mi madre, a quine tengo el privilegio de cuidar en sus mejores años de vida.

A mi familia, mi gran fuente de inspiración

A los pacientes adultos mayores, quienes han aportado a mi vida paciencia y sabiduría.

Agradecimiento

Agradecimiento
A mi mejor amigo el Espíritu Santo por su compañía en todos mis caminos.

Jurados:

Presidente: Dra. Giovanna Elizabeth Reyes Quiroz

Secretario : Mg. Maria Rosario Mocarro Aguilar

Vocal : Mg. Suarez Valderrama, Yurik Anatoli

Índice de contenido

Contenido

Dedicatoria	3
Agradecimiento	4
Índice de contenido.....	6
Resumen.....	9
Abstract	10
1. EL PROBLEMA	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del problema	4
1.2.1. Problema general	4
1.2.2. Problemas específicos	4
1.3. Objetivos de la investigación	5
1.3.1. Objetivo general.....	5
1.3.2. Objetivos específicos	5
1.4. Justificación de la investigación.....	6
1.4.1. Teórica	6
1.4.2. Metodológica	7
1.4.3. Práctica.....	7
1.5. Delimitaciones de la investigación.....	8
1.5.1. Temporal.....	8
1.5.2. Espacial.....	8
1.5.3. Población o unidad de análisis.....	8
2. MARCO TEÓRICO.....	9
2.1. Antecedentes	9

2.1.1. Antecedentes internacionales	9
2.1.2. Antecedentes nacionales	11
2.2. Bases teóricas	12
2.2.1 Capacidad Funcional – Variable 1	12
2.2.1.2 Teoría que Sustenta el Autocuidado.....	13
2.2.1.3 Instrumento de Capacidad Funcional	14
2.2.1.4 Dimensiones de la Capacidad Funcional	14
2.2.2 Riesgo de Caída – Variable 2	15
2.2.2.1 Factores de riesgo de caídas	16
2.2.2.2 Consecuencias de las caídas	17
2.2.2.3 Instrumento de valoración de Riesgo de Caídas	17
2.2.2.4 Dimensiones de las caídas	18
2.3. Formulación de hipótesis	20
2.3.1. Hipótesis general.....	20
2.3.2. Hipótesis específicas	20
3. METODOLOGÍA	22
3.1. Método de la investigación.....	22
3.2. Enfoque de la investigación	22
3.3. Tipo de investigación	22
3.4. Diseño de la investigación.....	22
3.5 Población, muestra y muestreo.....	23
3.5.1 Población:.....	23
3.5.2 Muestra:.....	23
Criterios de Inclusión:	24
Criterios de Exclusión:	24

3.6 Matriz de Operacionalización de variables	25
Variable Independiente: Capacidad Funcional.....	25
3.7 Técnicas e Instrumentos	27
3.7.1. Técnicas.....	27
Variable 1	27
Variable 2	27
3.7.2. Descripción de Instrumentos.....	27
3.7.2 Validación	28
3.7.4. Confiabilidad	28
3.8 Plan de procesamiento y análisis de datos	29
3.9 Aspectos éticos.....	29
4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	30
4.1. Cronograma de actividades	30
4.2 Presupuesto.....	31
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	32
ANEXOS.....	45

Resumen

Introducción: En el Perú se estima que el 60% de las caídas se producen dentro del hogar, el 30% ocurren en situaciones públicas y la otra parte en establecimientos sanitarios. El 5 % de ellas concluye en fracturas y el 1% en fractura de cadera. Las posibilidades de presentarse una caída están relacionadas con la funcionalidad de las personas, por ende, los adultos mayores son los más propensos a presentar caídas. **Objetivo:** “Determinar la relación que existe entre la capacidad funcional y el riesgo de caída en los pacientes adultos mayores de un hospital de Lima, 2025”. **Métodos:** Siguiendo el método hipotético - deductivo, bajo un enfoque cuantitativo, se plasmará una investigación aplicada de diseño no experimental, de nivel correlacional y de corte transversal en una muestra al 95% de pacientes adultos mayores de la consulta externa de un hospital de Lima, mediante el uso del índice de Barthel que cuenta con una validez probada y una confiabilidad de alfa de Cronbach= 0,883; y escala de Tinetti con un alfa de Cronbach es de 0.781 con una confiabilidad alta. Los resultados se analizarán usando programas estadísticos como el SPSS 26. Se presentarán y discutirán los resultados en tablas y figuras.

Palabras clave: caídas, capacidad funcional, enfermería, adulto mayor.

Abstract

Introduction: In Peru, it is estimated that 60% of falls occur within the home, 30% occur in public situations, and the other part in health facilities. 5% of them result in fractures and 1% in hip fracture. The chances of a fall occurring are related to the functionality of the people, therefore, older adults are the most likely to have falls. **Objective:** "To determine the relationship between functional capacity and the risk of falling in older adult patients in a hospital in Lima, 2025." **Methods:** Following the hypothetical-deductive method, under a quantitative approach, an applied research of non-experimental design, correlational level and cross-sectional will be carried out in a sample of 95% of older adult patients from the outpatient clinic of a hospital in Lima, through the use of the Barthel index that has proven validity and a reliability of Cronbach's alpha = 0.883; and the Tinetti scale with a Cronbach's alpha of 0.781 with high reliability. The results will be analyzed using statistical programs such as SPSS 26. The results will be presented and discussed in tables and figures.

Keywords: falls, functional capacity, nursing, older adult.

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que las caídas constituyen la segunda causa de defunciones a nivel global por traumatismos imprevistos. Cada año, aproximadamente 684 000 individuos mueren a nivel global por ocurrencia de una caída, y más del 80% de estos fallecimientos se registran en naciones poco desarrolladas. Las personas que tienden a padecer caídas fatales frecuentemente son los adultos de 60 años a más. La envergadura del peligro puede, al menos parcialmente, estar relacionada con los trastornos físicos, sensoriales y cognitivos asociados al envejecimiento, además de la inadecuación del ambiente a las demandas de la población de edad avanzada (1).

En la medida que la edad de un individuo avanza, se manifiestan alteraciones en la cognición, especialmente en la función ejecutiva, afectan la memoria laboral, la flexibilidad cognitiva y la atención selectiva o dividida. No obstante, no parece causar impactos adversos en la concentración, la memoria fáctica, el léxico, la interpretación conceptual, la memoria de procedimientos o la memoria previa. Dado que el desempeño cognitivo de las personas de edad avanzada está íntimamente vinculado con su habilidad para desempeñar las tareas cotidianas, es crucial considerar que la reducción de las funciones cognitivas asociadas a la edad contribuye a la pérdida de funcionalidad, autonomía e independencia (2).

En los países de América Latina, las caídas son la quinta causa de muerte y una de las principales causas de hospitalización, esto a pesar de que los estudios señalan que la prevalencia en caída es poco estudiada en América del Sur (3). Según El Ministerio de Salud en Perú, el 60% de las caídas se producen dentro del hogar, el 30% ocurren en situaciones públicas y la otra parte en establecimientos sanitarios. El 5% de ellas concluyen en fracturas y el 1% en

fractura de cadera. Uno de cada tres adultos mayores de 65 años sufre una caída y uno de cada dos mayores de 80 años caerán cada año, de los cuales un 75% volverán a caer en los siguientes 12 meses. (4)

Las causas más frecuentes de las caídas en las personas mayores suelen deberse a problemas asociados a la salud, factores relacionados con la disminución de las actividades físicas, problemas socioemocionales como el miedo, el temor, el abandono familiar, entre otras (5). La frecuencia de caídas en la población envejecida está determinada por las características propias de la población y el ambiente donde viven. Sin embargo, estudios señalan que la prevalencia de caídas asociadas con el síndrome de fragilidad puede presentarse entre 11% a 50%, considerando a sí al síndrome de fragilidad del adulto mayor como uno de los factores más importantes para la ocurrencia de caídas (6).

El incremento de caídas en las personas envejecidas conlleva al aumento de las cifras de lesiones y enfermedades que se relacionan con el evento de una caída. Dichas caídas pueden producir importantes enfermedades, un incremento de la dependencia y la necesidad de institucionalización, lo cual supone una importante carga para el sistema sanitario y para el propio adulto mayor implicado, así como para su familia (7). Además, un adulto mayor puede sufrir varias consecuencias luego de sufrir una caída, como lesiones graves, abrasiones, rasguños y fracturas, lo que puede contribuir a una disminución funcional en su desempeño de las Actividades de la vida diaria (AVD), aislamiento social y mayor vulnerabilidad a la recurrencia de caídas (8). Por ello, es necesario el fortalecimiento de estrategias para disminuir la incidencia de caídas en el adulto mayor, como los programas de ejercicio físico, que incluyen entrenamiento de la fuerza, entrenamiento del equilibrio, ejercicios funcionales y marcha que puede prevenir las caídas (9). Por otro lado, la implementación de guías de práctica clínica ha permitido abordar la problemática de las caídas, produciendo cambios positivos en el proceso

y favoreciendo la implantación y sostenibilidad de prácticas basadas en la evidencia (10). Así Asimismo, fortaleciendo el equilibrio y la marcha, que son factores muy importantes para lograr obtener un movimiento regulado que le permita al adulto mayor mantenerse físicamente activo para realizar sus labores diarias (11).

Se ha documentado que el 70% de las hospitalizaciones en los hospitales de la región Lima son pacientes de edad avanzada. En el hospital Geriatrico San Isidro Labrador, institución especializada en el cuidado de pacientes adultos mayores, su población presenta en su gran mayoría síndromes geriátricos, como la fragilidad del anciano, que los exponen a sufrir caídas, dificultades de movilidad, presencia de enfermedades crónicas degenerativas, frecuentes hospitalizaciones, incremento en la dependencia, deterioro de la calidad de vida, aumento de problemas sociales, incremento en los gastos sanitarios y un aumento en las demandas de atención por parte de su familia. Esta problemática nos ha motivado a efectuar un estudio sobre la capacidad funcional y el riesgo de caída en pacientes adultos mayores en un hospital de Lima.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación que existe entre la capacidad funcional y el riesgo de caída en los pacientes adultos mayores de un hospital de Lima, 2025?

1.2.2. Problemas específicos

- a. Determinar la “relación que existe entre la capacidad funcional en su dimensión alimentación con el riesgo de caída” en pacientes adultos mayores.
- b. Determinar la “relación que existe entre la capacidad funcional en su dimensión higiene personal con el riesgo de caída” en pacientes adultos mayores.
- c. Determinar la “relación que existe entre la capacidad funcional en su dimensión vestirse con el riesgo de caída” en pacientes adultos mayores.
- d. Determinar la “relación que existe entre la capacidad funcional en su dimensión arreglo personal con el riesgo de caída” en pacientes adultos mayores.
- e. Determinar la “relación que existe entre la capacidad funcional en su dimensión deposición con el riesgo de caída” en los pacientes adultos mayores.
- f. Determinar la “relación que existe entre la capacidad funcional en su dimensión micción con el riesgo de caída” en pacientes adultos mayores.
- g. Determinar la “relación que existe entre la capacidad funcional en su dimensión ir al retrete con el riesgo de caída” en pacientes adultos mayores.
- h. Determinar la “relación que existe entre la capacidad funcional en su dimensión traslado de un sillón/cama con el riesgo de caída” en pacientes adultos mayores.
- i. Determinar la “relación que existe entre la capacidad funcional en su dimensión

deambulaci3n con el riesgo de ca3da” en pacientes adultos mayores.

j. Determinar la “relaci3n que existe entre la capacidad funcional en su dimensi3n subir y bajar escaleras con el riesgo de ca3da” en pacientes adultos mayores.

1.3. Objetivos de la investigaci3n

1.3.1. Objetivo general

“Determinar la relaci3n que existe entre la capacidad funcional y el riesgo de ca3da en los pacientes adultos mayores de un hospital de Lima, 2025”.

1.3.2. Objetivos espec3ficos

- a. Determinar la “relaci3n que existe entre la capacidad funcional en su dimensi3n alimentaci3n con el riesgo de ca3da” en pacientes adultos mayores.
- b. Determinar la “relaci3n que existe entre la capacidad funcional en su dimensi3n higiene personal con el riesgo de ca3da” en pacientes adultos mayores.
- c. Determinar la “relaci3n que existe entre la capacidad funcional en su dimensi3n vestirse con el riesgo de ca3da” en pacientes adultos mayores.
- d. Determinar la “relaci3n que existe entre la capacidad funcional en su dimensi3n arreglo personal con el riesgo de ca3da” en pacientes adultos mayores.
- e. Determinar la “relaci3n que existe entre la capacidad funcional en su dimensi3n deposici3n con el riesgo de ca3da” en los pacientes adultos mayores.
- f. Determinar la “relaci3n que existe entre la capacidad funcional en su dimensi3n micci3n con el riesgo de ca3da” en pacientes adultos mayores.

- g. Determinar la “relación que existe entre la capacidad funcional en su dimensión ir al retrete con el riesgo de caída” en pacientes adultos mayores.
- h. Determinar la “relación que existe entre la capacidad funcional en su dimensión traslado de un sillón/cama con el riesgo de caída” en pacientes adultos mayores.
- i. Determinar la “relación que existe entre la capacidad funcional en su dimensión deambulaci3n con el riesgo de ca3da” en pacientes adultos mayores.
- j. Determinar la “relaci3n que existe entre la capacidad funcional en su dimensi3n subir y bajar escaleras con el riesgo de ca3da” en pacientes adultos mayores.

1.4. Justificaci3n de la investigaci3n

1.4.1. Te3rica

Los estudios se~alan que la capacidad funcional y el riesgo de ca3das son importantes y est3n presentes en personas de edad avanzada. El envejecimiento determina la posibilidad de que ocurran eventos perjudiciales para la salud y la vida, como las ca3das, que son un suceso que propicia diversas p3rdidas de funcionalidad f3sica, cognitiva y emocional que podr3an conducir gradualmente a la p3rdida de la salud y la vida. La capacidad funcional se refiere a la habilidad que tienen los adultos de la tercera edad para llevar a cabo actividades diarias en el marco de la normalidad. Esta habilidad necesita ser potenciada con el paso del tiempo para fomentar un adulto mayor aut3nomo hasta que sus habilidades lo permitan.

En este contexto, se pretende fortalecer las teor3as presentes sobre capacidad funcional y riesgo de ca3das en personas mayores de 60 a~os con caracter3sticas epidemiol3gicas actuales de un hospital de Lima, 2025.

El estudio se basa en las teor3as de autocuidado desarrolladas por Dorotea Orem, que plantean tres teor3as semejantes entre s3: la primera la teor3a de autocuidado, la segunda la

teoría del déficit autocuidado y la última la teoría de los sistemas de enfermería. Estos fundamentos teóricos descritos por Dorotea Orem tienen como fin las actividades cotidianas realizadas por los seres humanos para cuidar su salud individual con el objetivo de conservar su bienestar.

1.4.2. Metodológica

Usualmente, se aplican los procedimientos y estrategias establecidos en el manual de estudios de la universidad en todas las etapas de su evolución para lograr el rigor científico requerido para el estudio y alcanzar las metas fijadas, asegurando de esta manera su excelencia.

Para alcanzar este objetivo, se empleará el método hipotético deductivo, que adoptará una metodología cuantitativa, con el propósito de obtener resultados precisos y definitivos sobre la correlación entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas en adultos mayores en un hospital de Lima. Los datos deben recogerse utilizando instrumentos universales de uso común, que hayan demostrado ser válidos y fiables, sin alteraciones, y dentro de un plazo determinado para establecer un grado de correlación entre las variables del estudio. Para seguir estudiando estos fenómenos, la comunidad científica y cualquier otro investigador interesado en el tema se beneficiará de los hallazgos obtenidos.

1.4.3. Práctica

Los resultados obtenidos en el presente estudio permitirán fortalecer capacidades funcionales que están más asociados con la prevalencia de caídas en las personas mayores de 60 años para fortalecer e implementar programas dirigidos a la prevención de caídas: educación en prevención de caída, actividad física, u otras actividades para dicho fin. Además, el objetivo es minimizar las estadísticas de caídas y las consecuencias que estas producen. Las actividades dirigidas a la prevención de caídas así como mejorar la funcionalidad del adulto mayor

beneficiarán a toda la población geriátrica, pues tendrán la posibilidad de acceder a servicios de salud que le ayuden a mejorar sus capacidades funcionales y por ende disminuir las ocurrencias de caídas. Además, resultará beneficioso para las instituciones sanitarias y los profesionales al fomentar el desarrollo de programas que buscan optimizar la funcionalidad de los pacientes de edad avanzada y lograr resultados beneficiosos en la población que se encuentra bajo su cuidado.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1. Temporal

Para llevar a cabo la recopilación de datos, el estudio se realizará en un hospital en, Lima-Perú.

1.5.2. Espacial

El compromiso de indagación se consumará en el área de emergencias del hospital nacional Guillermo Almenara de EsSalud de Lima – Perú.

1.5.3. Población o unidad de análisis

La población o unidad de análisis quedará compuestos los adultos mayores de la consulta externa de un hospital de Lima, Perú.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Criollo (12) en su investigación del año 2019 en Colombia tuvo como objetivo “valorar la capacidad funcional y las actividades de la vida diaria, en personas mayores vinculadas a dos instituciones geriátricas de la ciudad de Cali”. Se realizó en dos geriátricos en los que participaron 87 adultos mayores de 60 años, estudio descriptivo transversal. Para medir la capacidad funcional se utilizó la escala de Barthel, que mide rendimiento y las actividades de la vida diaria; se utilizó la escala Tinetti para medir riesgo de caídas. Según la escala Tinetti 71% de los participantes presentó riesgo de caídas, 29% tiene alto riesgo de caídas, 66,6% es independiente y 21% presentó dependencia moderada. También se observó el 56,3% de mujeres entre los participantes. En capacidad funcional, el 82,7% de los participantes presentó resultados inferiores al esperado, con alta probabilidad de caída. Se determinó que las evaluaciones funcionales permiten plantear la implementación de intervenciones terapéuticas para mejorar su independencia y calidad de vida.

Hernández et al. (13) en su investigación del 2020 en México tuvo como objetivo “valorar el estado funcional y de salud en el adulto mayor y determinar causas y factores asociados a caídas en el hogar”. Estudio descriptivo, transversal, realizado en trece localidades de Tlaxcala, en las que se contó con de 364 personas adultas mayores de 65 años. Se utilizaron cuatro instrumentos de evaluación: primer instrumento el cuestionario de OMS para identificar probabilidades de caídas en personas adultas mayores, segundo el cuestionario de funcionalidad HAQ-8 (ADVD), el tercer las Pauta de Evaluación del Riesgo de Caídas en el Hogar y Entorno Comunitario, el cuarto instrumento de conocimientos de prevención de riesgo de caídas en el hogar en personas Adultas Mayores. Resultados mostraron que el 57.7% eran independientes,

es decir, podían llevar a cabo sus actividades cotidianas sin ayuda. El 47.8% presentó alguna que otra caída en menos de seis meses y la mayoría ocurrió dentro de la casa. El 83% tuvo mínimo riesgo de ocurrencia de caídas, 15.1% riesgo medio, y 2% alta probabilidad de presentar caídas. Se determinó que las caídas ocurren con mayor frecuencia en el hogar y que los principales factores de riesgo fueron el uso de alfombras sin fijar, no tener un tapete antideslizante en el baño, escaleras sin pasamanos ni iluminación, sillas en mal estado y tener problemas para alcanzar objetos altos. El estudio concluyó que las medidas de evaluación funcional permiten valorar de forma objetiva a las personas mayores que se encuentran institucionalizadas, generando la posibilidad de ejecutar intervenciones terapéuticas que mejoren su independencia y calidad de vida.

Hernández (14) en su investigación 2020 en Nicaragua tuvo como objetivo “establecer el estado de la capacidad funcional física de los adultos mayores institucionalizados en un hogar de ancianos”. Estudio cuantitativo, prospectivo, de corte transversal y correlacional. Se usaron varias técnicas de recolección de datos entre entrevistas, observación y revisión documental. Las guías de observación fueron la escala de Tinetti y el índice de Barthel. Participaron 38 adultos mayores; el riesgo de caídas se presenta entre las edades de 71 a 80 años, con el 37.5% con una alta probabilidad de caídas. La correlación entre el proceso de envejecimiento y el grado de funcionalidad del adulto mayor, según grado de dependencia según el índice de Barthel, es moderada para un 29.2% en el grupo etéreo de 71-80 años. Se encontró que el mayor porcentaje de personas adultas mayores, son dependientes moderados. Conclusión: existe una correlación positiva moderada entre la situación funcional del desempeño autónomo que mide el riesgo de caída y grado de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria; por tanto, cuando el grado de dependencia aumenta, el riesgo de caídas aumenta también.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Carrillo (15) en su investigación en 2019 en Perú tuvo como objetivo “determinar en qué medida la capacidad funcional influye en el riesgo de caída del adulto mayor albergado en el Centro Geriátrico San Vicente de Paul”. Estudio descriptivo, observacional, corte transversal, cuantitativo, prospectivo y correlacional. Como instrumentos se utilizaron la escala de Barthel para capacidad funcional y la escala que mide riesgo de caída denominado escala de Downton. Participaron 57 Adultos mayores entre varones y mujeres, se observó que el 40.35% presentan dependencia leve cuando realizan sus actividades cotidianas en forma diaria así mismo se observó que el mayor número de personas con dependencia es en varones. El factor de riesgo presente en toda la población es la toma de medicamentos; el segundo riesgo es el déficit de las funciones sensoriales con un 71.9 % y como tercero se encuentra el factor relacionado con la posibilidad de caminar 64.9 %. Cuando se relaciona riesgo de caída con género se encontró que los varones tienen 54.38% riesgo alto de caídas, mientras que mujeres 33.33% riesgo alto para caídas. Concluyendo así que la capacidad funcional contribuye significativamente a la posibilidad de ocurrencia de caídas en ancianos que residen en la institución Geriátrica San Vicente de Paul.

Malca (16) en su investigación 2022 en Perú, tuvo como objetivo “determinar la relación entre capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en un Hospital de Trujillo”. Estudio descriptivo, observacional, corte transversal, cuantitativo, prospectivo y correlacional; las herramientas fueron escala de Barthel para evaluar capacidad funcional y la escala de Downton para riesgo de caída. En el estudio se contó con 75 personas adultas mayores asistentes al consultorio médico del Hospital de Trujillo. En los resultados el 93.2% las personas adultas mayores tuvieron un grado moderado de dependencia, y es riesgo de caídas un 62.2%.

Se concluyo que existe relación significativas entre capacidad funcional y riesgo de caídas en personas adultas mayores en el hospital de Trujillo.

Ratto (17) en su investigación del año 2022 en Perú tuvo como objetivo “determinar la relación que existe entre la capacidad funcional y riesgo de caídas en los adultos mayores del Centro de Salud la Ensenada. Estudio cuantitativo, aplicado, descriptivo, correlacional, observacional y transversal. Los instrumentos Índice de Barthel y Test Timed up and Go. Participaron 80 personas adultas mayores, 70% genero femenino. La dependencia funcional estuvo presente 45% tienen dependencia grave, 20% dependencia moderada. Riesgo de caídas se observó en lo que tienen movilidad independiente en 15%, en los que fueron mayormente independientes 50%, en los que tienen movilidad variable y movilidad reducida 25%. Concluyo que hay relación significativa entre capacidad funcional y riesgo de caídas, en personas adultas mayores del Centro de Salud La Ensenada.

2.2. Bases teóricas

2.2.1 Capacidad Funcional – Variable 1

La independencia funcional, llamada también capacidad funcional, es definida como la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para de esta forma mantener el cuerpo y subsistir de una manera independiente o autónoma (18). La evaluación de la capacidad funcional aporta información esencial sobre el nivel de dependencia de los individuos, y tiene un impacto cuantitativo y cualitativo en la intensidad de los cuidados requeridos por los pacientes (19).

En el proceso de envejecimiento, concurren factores físicos, biológicos y psicosociales los que promueven la aparición de patologías, contribuyendo así en la pérdida de determinadas capacidades y habilidades. Por ello, se considera que el envejecimiento natural es la que más

limitaciones provoca en los seres humanos, pues en ella comienzan a perderse diferentes capacidades, tanto intelectuales como físicas (20). Cuando un adulto mayor independiente desarrolla limitación en su reserva funcional, se manifestaba un estado de vulnerabilidad que da como resultado una discapacidad (21). Es así, que conforme avanza la edad, sucede cierto declinar en el estado funcional que conlleva varias consecuencias, entre las que destacan la reducción de la autopercepción de la salud (22). Además, la dependencia de cualquiera de las actividades básicas e instrumentales de la vida cotidiana se vincula con el incremento de la mortalidad en la población de mayor edad (23).

La salud en los adultos mayores abarca también la funcionalidad, la cual incluye tres componentes elementales: actividades básicas de la vida diaria (abvd), actividades instrumentales de la vida diaria (aivd) y capacidad de movilidad (24). La literatura muestra una vasta lista de instrumentos para medir la independencia funcional, uno de los enfoques más comunes y aceptados es medir las capacidades de un individuo a través de actividades en su vida cotidiana, que se dividen en básicas e instrumentales, las básicas son un indicador de los más aceptados y generalmente utilizados en estudios de capacidad en adultos mayores, la escala que mide actividades básicas de la vida cotidiana más ampliamente utilizada es el Índice de Barthel (25).

2.2.1.2 Teoría que Sustenta el Autocuidado

La teoría del autocuidado fue ampliamente desarrollada por Dorotea Orem en su teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería (26). Está definido como la práctica de actividades que las personas desempeñan en su propio beneficio, con el fin de mantener su bienestar, siendo este un fundamento de las capacidades de aprendizaje, la toma de conciencia y decisiones sobre los estilos de vida (27). También se considera al autocuidado como un

comportamiento que existe en diversos momentos de la vida, donde las personas aprenden sobre sí mismos, en relación con su entorno en general, para equilibrar aquellos puntos de la vida o de las funciones que podrían afectar el desarrollo y por ende cada función de su vida con el fin de tener una buena salud (28).

2.2.1.3 Instrumento de Capacidad Funcional

La evaluación funcional que mide las actividades de la vida diaria permite desarrollar un plan de rehabilitación para una atención adecuada, posibilita la valoración y monitoreo de los progresos en la independencia y es determinante para el alta terapéutica (29). El Índice de Barthel consta de 10 ítems que describen distintas AVD las cuales son: alimentación, higiene personal, vestido, arreglo personal, deposición, micción, ir al retrete, traslado a silla/cama, deambulación, subir y bajar escaleras (30).

Actividades básicas de la vida diaria. Son un conjunto de tareas cotidianas comunes que se necesitan para el autocuidado personal y una vida independiente, estos son elementos claves para medir la calidad de vida y el estado funcional en los adultos mayores (31).

Actividades instrumentales. Son un conjunto de actividades que requieren mayor autonomía personal e interacción con el entorno, como ir de compras, preparar la comida, manejar dinero, usar medios de transporte, entre otras (32).

2.2.1.4 Dimensiones de la Capacidad Funcional

Alimentarse. Es un conjunto de actos voluntarios aprendidos a lo largo de la vida llevados a cabo ante una necesidad consciente y fisiológica; abarca elegir alimentos, cocinarlos y consumirlos (33).

Higiene personal. Es la práctica de autocuidado personal que realiza una persona por

el cual tiene la capacidad de entrar y salir de la ducha de manera independiente y segura (34).

Vestido. Es una práctica de autocuidado personal que implica llevar a cabo actividades como: elegir ropa, colocarse, quitarse, abotonarse, atarse los zapatos, entre otras de manera independiente (35).

Arreglo personal. Es una práctica de autocuidado en que cuál la persona tiene la capacidad de realizar en forma independiente actividades como: lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, entre otras (36).

Deposición. Es la capacidad que tiene la persona de realizar deposiciones de manera normal en el inodoro (37).

Micción. Es la práctica de autocuidado que tiene una persona para cuidar del estado de diuresis, es decir, puede miccionar normal o puede cuidar el uso de accesorios como las sondas de orina de forma independiente (38).

Ir al retrete. Es la práctica de autocuidado que realiza una persona en el que tiene la capacidad de ir al baño, usarlo de manera correcta, limpiarse y asearse de manera independiente (39).

Traslado de un sillón/cama. Es la capacidad que tiene una persona para que de forma independiente pueda trasladarse a la silla, sillón o cama de forma segura (40).

Deambulaci3n. Es la pr3ctica de autocuidado que tiene una persona para desplazarse o moverse de una posici3n o lugar caminando de forma segura a otro lugar durante un tiempo determinado, al menos unos 50 metros (41).

Subir y bajar escaleras. Es la capacidad que tiene una persona para que de forma independiente pueda subir o bajar escalones de manera segura (42).

2.2.2 Riesgo de Caída – Variable 2

La OMS ha definido a las caídas como un suceso involuntario que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en el suelo o en otra superficie firme que lo detenga (43). En

Europa, la red de prevención de caídas la define como suceso inesperado en el cual el sujeto va a parar al piso, al suelo o a un nivel inferior (44). La Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, define la caída como un acontecimiento involuntario que hace perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga (45). Esta precipitación, acontecimientos o sucesos suele ser repentina e involuntaria y puede ser referida por el paciente o un testigo (46).

2.2.2.1 Factores de riesgo de caídas

Las circunstancias que se asocian con las caídas son múltiples, pudiendo ser extrínseco o intrínseco. Los factores extrínsecos corresponden al medio ambiente, que relacionan las condiciones físicas del individuo con el medio que le rodea, tales como el entorno arquitectónico, y los elementos de uso personal, como zapatos inapropiados, bastones sin material antideslizante en su extremo o de altura inadecuada, y ropa demasiado ancha (47). Los factores intrínsecos hacen referencia a aquellas alteraciones fisiológicas relacionadas con la edad, enfermedades (agudas o crónicas) y el consumo de fármacos (48). Se incluyen además alteraciones de la visión, audición, función propioceptiva, musculoesqueléticas y otros procesos patológicos, cardiovasculares, neuropsiquiátricos y sistémicos que se asocian a un mayor riesgo de caídas (49).

Los ambientes como baño, dormitorio y cocina son áreas donde ocurren las caídas con mayor frecuencia. Las zonas con mayor número de circunstancias desfavorables son aquellas con suelos lisos, ocasionalmente húmedos, que se vuelven extremadamente resbaladizos; también es importante señalar que las personas que caminan son las que presentan mayor riesgo de caer. Las caídas también se producen en las escaleras, siendo más peligroso el descenso que el ascenso; y así mismo consideran que los primeros y últimos escalones son los más peligrosos (50).

2.2.2.2 Consecuencias de las caídas

Las caídas representan un importante problema de salud debido a su alta prevalencia y la gravedad de sus consecuencias físicas, funcionales, psicológicas y económicas (51). Las caídas representan altos costos económicos para los países, y provocan importantes consecuencias en la salud, como aumento del número de hospitalizaciones, estancia prolongada en hospitalización, fracturas, discapacidad, deterioro funcional e incluso la muerte (52).

Las lesiones más comunes relacionadas con caídas son leves e incluyen contusiones, heridas superficiales, erosiones, dolor y hematomas. La fractura de cabeza de fémur se destaca entre las diversas tasas de fracturas. El traumatismo craneoencefálico es la causa más común de lesiones graves por caídas en la comunidad. Otra consecuencia importante son las psicológicas, entre las que se destaca el miedo a volver a caerse. Este temor genera limitaciones en las actividades cotidianas que, en el largo plazo, generan un impacto perjudicial en el ámbito social, físico o cognitivo (53).

2.2.2.3 Instrumento de valoración de Riesgo de Caídas

Existen varias herramientas para valorar el riesgo de presentar una caída; sin embargo, la escala de Tinetti, desarrollada por Mary Tinetti, se considera por muchos autores como la más completas al evaluar tanto el equilibrio como la marcha. Por esta razón, es una escala muy usada y sugerida para valorar la movilidad, el equilibrio, la marcha y el riesgo de caídas en personas de edad avanzada (54).

En la escala se figuran dos partes: la primera mide marcha y la segunda equilibrio. Con una puntuación que va de 0 a 2, el paciente debe desarrollar una serie de movimientos y actividades guiadas para ser evaluado mediante la escala. Dependiendo del elemento que se esté evaluando, se otorga 16 puntos como máximo para equilibrio y 12 puntos máximos para marcha.

2.2.2.4 Dimensiones de las caídas

Equilibrio. Capacidad de una persona para mantener el control y la estabilidad sobre su propio cuerpo, incluyendo la preservación, el logro o el ajuste del centro de su cuerpo en relación con la parte que lo apoya. Para mantener un buen control postural de forma espontánea o como respuesta a las alteraciones externas se requiere de la interacción de los sistemas sensoriales, visual, somatosensorial y vestibular, del procesamiento de datos y de estrategias de movimiento (55). La falta de equilibrio es uno de los factores de mayor impacto en la población adulta mayor y son los responsables de las caídas (56). Asimismo, se considera que los movimientos o giros de la cabeza pueden influir en el deterioro del control postural (equilibrio) al caminar, ya que activan el sistema vestibular (57).

Marcha. La marcha es un proceso fundamental en la vida, es el resultado de una armonía compleja del sistema propioceptivo, vestibular y órganos de los sentidos, así se logra un proceso voluntario ordenado por reflejos, en la vejez se ve alterada dicha función dando paso a una marcha desordenada (58).

La habilidad de la marcha en los adultos mayores se ha asociado positivamente con una óptima integración de las capacidades cognitivas, físicas y neuromusculares; además supone un importante escenario para analizar el estado de salud, por lo que la variación o disminución de diferentes parámetros permiten obtener información relevante sobre el estado de salud integral de esta población (59).

La marcha en el adulto mayor es fundamental para mantenerse saludable, por el contrario, cuando se observa dificultad en la posibilidad de caminar, generalmente está asociado al menoscabo de la fuerza y actividad física en la persona, las posturas inadecuadas y el sobrepeso. La habilidad de caminar suele afectarse por la ocurrencia de caídas, siendo estas

predictoras de la pérdida de la funcionalidad, aumento de la posibilidad de presentar enfermedades que podrían obligarlo a ingresar a hospitales o residencias geriátricas por largos periodos. Por todo lo expuesto, el trastorno de la marcha constituye uno de los síndromes geriátricos más importantes al momento de evaluar la calidad de vida en los adultos mayores (60).

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre “capacidad funcional y riesgo de caídas” en adultos mayores de un hospital de Lima, 2025.

Ho: No hay relación estadísticamente significativa entre “capacidad funcional y el riesgo de caídas” en adultos mayores de un hospital de Lima, 2025.

2.3.2. Hipótesis específicas

HiE1: Existe relación estadísticamente significativa entre “capacidad funcional en su dimensión alimentación con el riesgo de caída” en pacientes adultos mayores.

HiE2: Existe relación estadísticamente significativa entre “capacidad funcional en su dimensión higiene personal con el riesgo de caída” en pacientes adultos mayores.

HiE3: Existe relación estadísticamente significativa entre “capacidad funcional en su dimensión vestido con el riesgo de caída” en pacientes adultos mayores.

HiE4: Existe relación estadísticamente significativa entre “capacidad funcional en su dimensión arreglo personal con el riesgo de caída” en pacientes adultos mayores

HiE5: Existe relación estadísticamente significativa entre “capacidad funcional en su dimensión deposición con el riesgo de caída” en pacientes adultos mayores.

HiE6: Existe relación estadísticamente significativa entre “capacidad funcional en su dimensión micción con riesgo de caída” en pacientes adultos mayores.

HiE7: Existe relación estadísticamente significativa entre “capacidad funcional en su dimensión ir al retrete con el riesgo de caída” en pacientes adultos mayores.

HiE8: Existe relación estadísticamente significativa entre “capacidad funcional en su dimensión traslado de un sillón/cama con el riesgo de caída” en pacientes adultos mayores.

HiE9: Existe relación estadísticamente significativa entre “capacidad funcional en su dimensión deambulacion con el riesgo de caída” en pacientes adultos mayores.

HiE10: Existe relación estadísticamente significativa entre “capacidad funcional en su dimensión subir y bajar escaleras con el riesgo de caída” en pacientes adultos mayores.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

Se empleará el método hipotético deductivo que se basa en enunciados que mantienen su carácter de hipótesis tentativa y el método deductivo que es la ciencia que consiste en plantear conjetura a partir del problema para ser refutado (61).

3.2. Enfoque de la investigación

El estudio tendrá un enfoque cuantitativo caracterizado por ser secuencial, orientado a una realidad objetiva, deductivo y probatorio, enfoque que involucra el uso de herramientas numéricas y estadísticas para obtener resultados probados. Los datos permiten identificar asociaciones explicativas o relaciones causales entre variables. Los trabajos de investigación, bajo este enfoque, cuantifican variables, las mismas que serán observadas, descritas, medidas o sometidas a algunas estadísticas controladas (62).

3.3. Tipo de investigación

Se desarrollará una investigación aplicada, que se basa en el conocimiento adquirido a través de investigación básica y busca traducirlo en aplicaciones concretas (63). Su objetivo principal es utilizar los resultados de la investigación para desarrollar soluciones prácticas y abordar necesidades específicas en el campo de la salud de las personas adultas mayores.

3.4. Diseño de la investigación

Se desarrollará una investigación de diseño observacional, descriptivo, correlacional, prospectivo y transversal.

Es observacional porque son estudios de carácter estadístico y demográficos en los que no hay intervención por parte del investigador, y este se limita a medir las variables que se definen en el estudio (64).

Es descriptivo, toda vez que describir algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos, utiliza criterios sistemáticos que permiten establecer la estructura o el comportamiento de los fenómenos en estudio, proporcionando información sistemática y comparable con la de otras fuentes (65).

Es correlacional debido a que busca medir el grado de asociación y/o relación entre dos variables o categorías desde un enfoque cuantitativo (66).

Es prospectiva porque fue diseñada antes de que ocurra el fenómeno a investigar (67).

Es transversal porque el estudio se realizará en un momento específico y determinado tiempo descrito por el investigador (68).

3.5 Población, muestra y muestreo

3.5.1 Población: Se considerará a todos los pacientes adultos mayores de un hospital de Lima.

3.5.2 Muestra: Estará conformada por 95% adultos mayores que asisten a un hospital de Lima.

La muestra se determinará aplicando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{e^2 \times (N - 1) + Z^2 \times p \times q}$$

Dónde:

n= Tamaño de la muestra

Z= Nivel de confianza 1.96 (95%)

p= Probabilidad de éxito (0.5)

N = Tamaño de la población

e= Error estimado = 0.05

q = Probabilidad de fracaso (0.5)

$$n = \frac{z^2 \times N \times p \times q}{e^2 \times (N - 1) + Z^2 (p)(q)}$$

Muestreo: Se efectuará un muestreo no probabilístico según conveniencia de criterios.

Criterios de Inclusión:

- Paciente adulto mayor que tenga la disposición de ser parte del estudio y que haya firmado el documento “consentimiento informado”.
- Paciente adulto mayor que al momento de la entrevista se encuentre lucido y pueda concluir hasta el final el desarrollo de los instrumentos de valoración.

Criterios de Exclusión:

- Adulto mayor que no tenga la posibilidad de firmar el consentimiento informado o que su familiar responsable no esté de acuerdo con la rúbrica del consentimiento informado.
- Adulto mayor que faltó a la consulta externa durante el mes en que se levante la información.
- Adulto mayor con deterioro cognitivo o físico que le impida llevar a cabo la entrevista y las actividades que demanda el instrumento.
- Adulto mayor que no concluya con la aplicación de los instrumentos.

3.6 Matriz de Operacionalización de variables

Variable Independiente: Capacidad Funcional

Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Nº de Ítems	Escala de medición	Escala valorativa (Niveles)
Es la habilidad de las personas de satisfacer sus necesidades básicas de manera independiente y tener movilidad, incluye las capacidades individuales, físicas y mentales y a las características del entorno (69).	Es la habilidad que poseen los adultos mayores de un hospital de Lima para satisfacer sus necesidades básicas y de movilidad de manera independiente. Estas habilidades básicas serán medidas mediante un instrumento que valora las dimensiones: Alimentación, Higiene personal, Vestido, Arreglo personal, Deposición, Micción, Ir al retrete, Traslado al Sillón/cama, Deambulación, Subir y bajar escaleras (70).	- “Alimentación”	- Independiente - Dependiente.	(1 ítems) 1	Nominal	0 - 20 Dependencia total
		- “Higiene personal”	- Independiente - Dependiente.	(1 ítems) 2		
		- “vestido”	- Independiente - Dependiente.	(1 ítems) 3		21 - 60 Dependencia severa
		- “Arreglo personal”	- Independiente - Dependiente.	(1 ítems) 4		
		- “Deposición”	- Independiente - Dependiente.	(1 ítems) 5		61 – 90
		- “Micción”	- Independiente - Dependiente.	(1 ítems) 6		
		- “Ir al retrete”	- Independiente - Dependiente.	(1 ítems) 7		91 – 99 Dependencia escasa o leve
		- “Traslado al sillón/cama”	- Independiente - Dependiente.	(1 ítems) 8		
		- “Deambulación”	- Independiente - Dependiente.	(1 ítems) 9		100 Independencia
		- “Subir y bajar escaleras”	- Independiente - Dependiente.	(1 ítems) 10		

Variable Dependiente: Riesgo de Caída

Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Nº de Items	Escala de medición	Escala valorativa (Niveles)
Posible evento que ocurra de manera fortuita en el que el cuerpo de una persona se moviliza, por lo general, de arriba hacia abajo contra una superficie por acción del peso. De ocurrir la caída, puede traer graves consecuencias a la salud del paciente (71).	Es la posibilidad de que ocurra un suceso fortuito en el que el cuerpo de una persona adulta mayor de un hospital de Lima se movilice de arriba hacia abajo contra una superficie por acción del peso. Este suceso será medido con el uso de un instrumento que valore las dimensiones: Equilibrio y marcha (72).	- "Equilibrio"	<ul style="list-style-type: none"> - Estable - Inseguro. 	(9 ítems) 1-9	Nominal	-Alto riesgo de caídas (19 a menos)
		- "Marcha"	<ul style="list-style-type: none"> - Logra - No lo logra. 	(7 ítems) 1-7		-Bajo riesgo de caídas (24 a más)

3.7 Técnicas e Instrumentos

3.7.1. Técnicas

Variable 1: Entrevista para medir capacidad funcional (índice de Barthel)

Variable 2: Observación para medir riesgo de caída (escala de Tinetti)

3.7.2. Descripción de Instrumentos

Instrumento 1: índice de Barthel. El instrumento que se utilizará fue adaptado por Mera en Perú en el año 2019, consta de 10 ítems: alimentación, higiene personal, vestido, arreglo personal, deposición, micción, ir al retrete, traslado al sillón/cama, deambulación y subir y bajar escaleras; cuyos puntajes son: 0, 5, 10 y 15 puntos esto según la actividad a evaluar (70). Para evaluar las respuestas, se usará la siguiente escala como opción de respuesta: de manera independiente, necesita ayuda mínima, manera independiente con ayuda, dependiente.

Para categorizar la variable, se utilizarán las siguientes escalas de evaluación:

- ✓ Dependencia total: 0 – 20
- ✓ Dependencia severa: 21 – 60
- ✓ Dependencia moderada: 61 – 90
- ✓ Independencia moderada: 91 -99
- ✓ Independencia total: 100

Instrumento 2: Escala de Tinetti. El instrumento que se utilizará fue adaptado por Valencia (72) en Perú en el año 2023 y presenta dos dimensiones: la marcha y el equilibrio. La dimensión de la marcha tiene siete ítems, mientras que la dimensión del equilibrio tiene nueve.

De acuerdo con las medidas de la escala, una puntuación de 0 significa que la persona evaluada no logró o no mantiene la estabilidad en los cambios de posición o tiene un patrón de marcha inadecuado; una puntuación de 1 significa que utiliza compensaciones posturales para

lograr cambios en la posición o en los patrones de marcha y una puntuación de 2 significa que completa las diversas tareas de la báscula con facilidad.

Para la categorización de la variable, se utilizarán las siguientes escalas de evaluación:

- ✓ Alto riesgo de caídas (19 a menos)
- ✓ Riesgo de caídas (20 a 23)
- ✓ Bajo riesgo de caídas (24 a más)

3.7.2 Validación

Instrumento 1: Índice de Barthel. La validación del instrumento se efectuó mediante la metodología de juicio de expertos. Para el instrumento de Capacidad Funcional (índice de Barthel), se halló un coeficiente mayor a 0,5 ($KMO = 0,883$) y el coeficiente derivado por la prueba de esfericidad de Bartlett fue de 0,000 ($p < 0,05$). Las dos pruebas corroboran la hipótesis de validez del instrumento por juicio de expertos. Los participantes como jueces expertos fueron tres, la primera con título de doctor, los otros dos con título de maestría. El resultado de la evaluación del instrumento fue de “Muy alto” (70).

Instrumento 2: Escala de Tinetti. Tiene una validación internacional de 0.75 (buena consistencia interna). Al realizar un juicio de validez de contenido del instrumento, se tuvo como resultado una validez de 1.0, lo que se considerará como validez perfecta (72).

3.7.4. Confiabilidad

a) Confiabilidad del instrumento índice de Barthel. Se utilizó el Alpha de Cronbach obteniéndose el valor de 0.883, definiéndolo como confiabilidad alta (70).

b) Confiabilidad de instrumento escala de Tinetti. Se utilizó el alfa de Cronbach es de 0.781 definiéndolo como confiabilidad alta (72).

3.8 Plan de procesamiento y análisis de datos

Después de ser aplicada la encuesta los datos serán ingresados a una hoja de cálculo Excel con el fin de ordenar y categorizar la información recabada para posteriormente ser exportada al software SPSS V.27 en donde se buscara conocer la distribución normal de las variables mediante la prueba de normalidad de (KS) tomando como referencia el valor ($P = < 0.005$) con la finalidad de utilizar la correlación de Spearman, asimismo se realizara la prueba de Chi cuadrado para constatar hipótesis y tablas cruzadas para los aspectos socio demográficos del instrumento.

3.9 Aspectos éticos

Se realizará basándose en los principios bioéticos del Código de ética de enfermería (73) los cuales son:

Justicia: Todos los pacientes serán tratados cordialmente con respeto e igualdad. Así también los datos que se obtengan serán legítimos.

Autonomía: Para su participación, se respetará la decisión de participar en el estudio o no.

Beneficencia: Los participantes tendrán conocimiento de los objetivos del estudio, las cuales una vez concluidos aportarán en beneficio de los pacientes adultos mayores y los servicios que se lo ofrece.

No maleficencia: La investigación no afectará a los participantes mediante alguna acción negligente, poniendo en riesgo su integridad, ya que se realizará con fines académicos. Se mantendrá en anónimo y confidencia toda la información recabada.

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	2024			2025	
	OCT	NOV.	DIC.	ENE.	FEB.
Identificación del problema	■				
Revisión bibliográfica	■				
Elaboración de la situación problemática. Formulación del problema.	■				
Elaboración de los objetivos (General y específicos)	■				
Elaboración de la justificación (Teórica, metodológica y práctica)	■				
Elaboración de la limitación de la investigación (Temporal, espacial y recursos)	■				
Elaboración del marco teórico (Antecedentes, bases teóricas de las variables)	■				
Elaboración de la hipótesis (General y específicos)	■				
Elaboración de la metodología (Método, enfoque, tipo y diseño de la investigación)	■				
Elaboración de la población, muestra y muestreo.	■				
Definición conceptual y operacional de las variables de estudio.	■				
Elaboración de las técnicas e instrumentos de recolección de datos (Validación y confiabilidad)		■			
Elaboración del plan de procesamiento y análisis de datos.		■			
Elaboración de los aspectos éticos.		■			
Elaboración de los aspectos administrativos (Cronograma y presupuesto)		■			
Elaboración de las referencias según normas Vancouver.			■		
Asesoría de taller de Proyecto			■		
Revisión Final de proyecto.			■		
Aprobación del proyecto.			■		
Aplicación del trabajo de campo.				■	■
Redacción del informe.				■	■

LEYENDA: Actividades Cumplidas



Actividades por cumplir



4.2 Presupuesto

Tabla 1.

Presupuesto Detallado

	Rubros	Unidad	Cantidad	Costo (S/.)	
				Unitario	Total
Servicios	Servicios de impresión	Hoja	100	0.5	50
	Servicios de Internet	Mensualidad	12 meses	60	360
	Otros				300
	Sub-total				710
Material	Papel bond	Millar	01	25.00	25
	Lapiceros	Unidad	06	2.00	12
	Archivadores	Docena	05	15.00	75
	Memoria USB	1	01	25.00	45
	Otros				100
	Subtotal				257

Tabla *Presupuesto Global*

N°	ÍTEM	Costo (S/.)	
1	Servicios	710	
2	Recursos materiales	257	
	Total, presupuesto	967	

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Caídas [Internet]. Who.int. 2021 [citado el 23 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
2. Leitón Z, Fajardo E, López Á, Martínez R, Villanueva M. Cognición y capacidad funcional e los adultos mayores. Salud Uninorte [Internet]. 2021 [citado el 23 de diciembre de 2023];36(1):124–39. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-55522020000100124&script=sci_arttext
3. Meucci D, Runzer F, Parodi J, de Mola C. Falls among the elderly in Peruvian Andean communities and the rural far south of Brazil: Prevalence and associated factors. J Community Health [Internet]. 2020 [citado el 23 de diciembre de 2023];45(2):363–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31559518/>
4. Ministerio de Salud. Uno de cada tres adultos mayores de 65 años sufre una caída [Internet]. Plataforma digital única del Estado Peruano. 2018 [citado el 23 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/23629-uno-de-cada-tres-adultos-mayores-de-65-anos-sufre-una-caida>
5. De la Torre L, Salgado C, Iturralde X, Alcívar A, Abril T, Peña M. Evaluación del riesgo de caídas en los adultos mayores, durante el periodo de confinamiento 2020. Vive [Internet]. 2022 [citado el 23 de diciembre de 2023];5(13):63–74. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2664-32432022000100063&script=sci_arttext
6. Silva J, Partezani R, Miyamura K, Fuentes W. Causas y factores asociados a las caídas del adulto mayor. Enferm Univ [Internet]. 2019 [citado el 23 de diciembre de 2023];16(1):31–40. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632019000100031

7. Martínez S. Actualización sobre la prevención de caídas en ancianos. Gerokomos [Internet]. 2022 [citado el 23 de diciembre de 2023];33(1):27–31. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2022000100007&script=sci_arttext&tlng=en
8. Paula G, Gonçalves H, Nogueira M, Delage E. Correlación entre independencia funcional y riesgo de quedarse en adultos mayores de tres instituciones de larga permanencia. Rev. Esc Enferm USP [Internet]. 2020 [citado el 24 de febrero de 2024];54: e3601. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/GpdDjCS9nvbYYFDwb6SyB3g/?lang=pt>
9. García J, Calvo I, Gómez A. Efectos del ejercicio físico en la prevención de caídas en pacientes con enfermedad de Alzheimer: revisión sistemática. Fisioter (Madr, Ed, Impresa) [Internet]. 2021 [citado el 24 de febrero de 2024];43(1):38–47. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021156382030078X>
10. Alcañiz A, García M, Zúñiga L, del Barrio M, Íñigo L, Folguera M, et al. Experiencia en la implantación de la Guía de prevención de caídas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados. Enferm Clin [Internet]. 2020 [citado el 24 de febrero de 2024];30(3):185–97. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862120302746>
11. Molina J, Salcedo N. Ejercicios de Frenkel para disminuir el riesgo de caídas en adultos mayores del Club Juan Pablo Peregrino, 2021. Tesis para obtener el título profesional de licenciado tecnólogo médico en terapia física y rehabilitación. Lima: Universidad Católica Sedes Sapientiae; 2023. Disponible: <https://hdl.handle.net/20.500.14095/2045>
12. Criollo W. Valoración de la capacidad funcional y actividades de la vida diaria en personas mayores institucionalizadas. Revista Iberoamericana de Psicología. [Internet] 2021 [citado el 24 de febrero de 2024]; 13 (2), 67-76. Disponible en: <https://revmovimientocientifico.ibero.edu.co/article/view/166>

13. Hernández M, Juárez-Flores CA, Báez-Alvarado M del R, Lumbreras-Delgado I, Banderas Tarabay JA. Valoración de la dependencia funcional en adultos mayores asociada a riesgo de caídas en el hogar. *Horiz Sanit* [Internet]. 2020 [citado el 30 de diciembre de 2023];19(1):153–65. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-74592020000100153&script=sci_arttext
14. Velasco R, Bejines M, Sánchez R, Mora A, Benítez V, García L. Envejecimiento y capacidad funcional en adultos mayores institucionalizados del occidente de México. *NURE Inv* [Internet]. Ene-Feb 2015 [citado el 24 de febrero de 2024]; 12(74): [aprox. 11 p.]. Disponible: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE74_original_envejecimiento.pdf
15. Carrillo J. Capacidad funcional y su influencia en el riesgo de caída del adulto mayor albergado en el Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paul – Barrios Altos, Lima 2018. [Tesis para obtener Título Profesional de Licenciada en Tecnología Médica en el área de Terapia Ocupacional]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2019. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12672/10468>
16. Chunga M, Américo Y. Capacidad funcional relacionado con riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en un hospital de Trujillo, 2022. [Tesis para obtener el título profesional de médico Cirujano]. Trujillo: Universidad Cesar Vallejo; 2023. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/108640>
17. Ratto B. Capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores del centro de salud La Ensenada, 2022. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en tecnología médica en terapia física y rehabilitación]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2023. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/8676>

18. Duque L, Ornelas M, Benavides E. Actividad física y su relación con el envejecimiento y la capacidad funcional: una revisión de la literatura de investigación. *Psic y Sal* [Internet]. 2019 [citado el 3 de enero de 2024];30(1):45–57. Disponible en: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2617>
19. Valero J, Llagostera I, Luna D, Moreno M, Andreu L, & González V. Explorando la validez de constructo del índice de Barthel en una muestra de pacientes hospitalizados españoles. *Enfermería Clínica*, [Internet]. 2023 [citado el 3 de enero de 2024] 33(5): 370-374. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2023.06.002>
20. Jiménez E, Fernández Z, Broche Y, León J, Rodríguez G, Rodríguez R, et al. Índices de capacidad funcional, ansiedad y depresión en una muestra de adultos mayores de Santa Clara. *Noved Poblac* [Internet]. 2021 [citado el 3 de enero de 2024];17(33):223–44. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1817-40782021000100223&script=sci_arttext&tlng=en
21. Duque L. Beneficios de la actividad física para mantener la capacidad funcional de los adultos mayores. Artículo de Revisión. *Revista de Ciencias del Ejercicio FOD* [Internet]. 2020 [citado 2 de enero 2024];15(1):119. Disponible en: <https://revistafod.uanl.mx/index.php/rce/article/view/10>
22. Simón A, Jiménez M, Solano J, Simón L, Ferrer D, Bordonaba D. Percepción de la salud entre los adultos mayores según estilo de vida y capacidad funcional . *Enf Global* [Internet]. 2023 [citado 3 de enero de 2024];22(4):217-49. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/55940>
23. Escobedo R, Izquierdo M. El Índice de Barthel como predictor de fragilidad en el anciano en urgencias. *Revista Ene de Enfermería*. [Internet]. 2023 [citado 6 enero 2024];17(1). Disponible en: <[https:// www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1666](https://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1666)>

24. Mesa M, Zayas C, Verona A, García I, López A. Caracterización de la capacidad funcional en el adulto mayor. *Rehabilitacion Interdisciplinaria* [Internet]. 2022 [consultado el 3 de enero de 2024];2:17. Disponible en: <https://ri.saludcyt.ar/index.php/ri/article/view/17>
25. Duarte R, Velasco Á. Validación psicométrica del índice de Barthel en adultos mayores mexicanos. *Horiz. sanitario* [Internet]. 2022 [citado 2024 Ene 04] ; 21(1): 113-120. Disponible en: <https://doi.org/10.19136/hs.a21n1.4519>
26. López M, Majo H. Situación de Enfermería en tiempos de COVID-19: Una mirada panorámica. *Journal of American Health* [Internet]. 2020 [citado 6 de enero de 2024]; 3(3):48-58. Disponible en: <https://www.jah-journal.com/index.php/jah/article/view/50>
27. Bavaresco M, Manfredini M, Santos R, Resck Z, Fava S, Dázio E. Aplicabilidad de la teoría de Orem en el autocuidado de personas con ostomía intestinal: un estudio reflexivo. *Cult Cuid Rev Enferm Humanid* [Internet]. 2020 [citado el 6 de enero de 2024];24(57):307. Disponible en: <https://rua.ua.es/dspace/handle/10045/108784>
28. Incio S. Teoría del autocuidado aplicado a riesgos laborales a los que se expone la enfermera del Hospital las Mercedes, 2019. [Tesis para obtener el título de licenciada en enfermería] Pimentel, Universidad Señor de Sipán; 2020. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12802/6974>
29. Cuya Z, Maricruz L. Grado de independencia en actividades básicas de vida diaria en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama atendidas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima – 2019. [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Tecnología Médica en el área de Terapia Ocupacional], Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2021. Disponible en <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/16356>
30. Flores A, Fierros A, Gallegos V, Magdaleno G, Velasco R, Pérez M. Estado cognitivo y funcionalidad para las actividades básicas en el adulto mayor institucionalizado. *CuidArte*

[Internet]. 2020 [citado 3 de enero de 2024];9(17). Disponible en: <https://revistas.unam.mx/index.php/cuidarte/article/view/72760>

31. González R, Jiménez C, Campillo N, Gómez N, Crespo R. Análisis de la calidad de vida del paciente en prediálisis y la relación con la dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2020 [citado 2024 Ene 04] ; 23(4): 361-370 Disponible en: <https://dx.doi.org/10.37551/s2254-28842020037>

32. Arbizu L, Salomón L, Saez J, Ezcurra M, Gisler D, Lugrin D, et al. Traducción y adaptación transcultural de la versión argentina del Índice de Barthel. *Argentinian Journal of Respiratory & Physical Therapy* [Internet]. 2021 [citado 6 de enero de 2024];3(3). Disponible en: <https://doi.org/10.58172/ajrpt.v3i3.181>

33. Vargas k, Mandamientos O. Autocuidado y alimentación saludable en estudiantes de enfermería de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez Sede Arequipa – 2021. [Tesis desarrollada para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería] Ica: Universidad Autónoma de Ica; 2022. Disponible en <http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/autonomadeica/1832>

34. Aspiazu N, Cuyo C. Abordaje fisioterapéutico a través del método perfetti en adultos mayores con deterioro cognitivo en el Centro Gerontológico de la ciudad de Babahoyo, periodo junio – octubre 2023. [Proyecto de investigación previo a obtención de título de Licenciado en fisioterapia]. Babahoyo: Universidad Técnica de Babahoyo; 2023. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/15275>

35. Solórzano F, Ivone S. Plan de intervención en la prevención de caídas en el hogar en el adulto mayor del programa de visita domiciliaria del Hospital Militar Geriátrico – Lima, [Proyecto de investigación previo a obtención de título de Licenciado en fisioterapia]2020. Universidad Nacional del Callao; 2022. Disponible en: <https://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/6585>

36. Pareja W, Soto C, Alvear. Evaluación de la capacidad funcional, según índice de Barthel, de las personas mayores hospitalizadas en el servicio de medicina del hospital regional de Talca. . [Trabajo de grado para obtener el grado de magister en gestión de sistemas de salud] Talca: Universidad de Talca (Chile), 2019. Disponible en: <http://dspace.otalca.cl/handle/1950/11973>
37. Shigihara A. Ejercicios físicos para mejorar la capacidad funcional del adulto mayor en un Hospital Público. Chimbote, setiembre -noviembre 2019. [Tesis para obtener el Título Profesional de Licenciado en Tecnología Médica con especialidad en Terapia Física y rehabilitación]. Chimbote: Universidad San Pedro; 2021. Disponible en: <http://repositorio.usanpedro.edu.pe/handle/20.500.129076/17739>
38. Molina A. Relación entre el nivel de dependencia de funcionalidad de las actividades cotidianas y la calidad de vida de personas atendidas en organizaciones para el adulto mayor. [Tesis Para optar el Grado Académico de Magíster en Bioestadística]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2021. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12672/16763>
39. Amézquita A, Rodríguez L. Nivel de dependencia del adulto mayor del hogar geriátrico Divino Niño en la ciudad de Villavicencio - Meta *Boletín Semillero de Investigación En Familia*. [Internet] 2021 [citado 12 marzo 2024], 2:30-36. Recuperado a partir de <https://revistas.unillanos.edu.co/index.php/bsif/article/view/549>
40. Luna G, Silva Z. Funcionalidad y calidad de vida en adultos mayores de San José de Minas. [Trabajo de titulación el grado de magister en terapia respiratoria] Quito: Universidad de las Américas, 2022. Disponible en <https://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/14580>
41. Portilla R. Funciones neuromusculoesqueléticas y actividades de vida diaria en usuarios post accidente cerebrovascular del Servicio de Terapia Ocupacional del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Lima -2018. [Para optar el Título Profesional de Licenciada en

Tecnología Médica en el área de Terapia Ocupacional]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2019. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/10555>

42. Pech D, de Jesús R. Capacidad funcional en actividades básicas de la vida diaria y su relación con la satisfacción con la vida en adultos mayores usuarios de la UMF 1, delegación Aguascalientes. 2020 [Tesis para obtener el grado de especialista en medicina familiar]. Aguascalientes: Universidad Autónoma de Aguas Calientes, 2020. Disponible en: <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/handle/11317/1899>

43. Campos M, Castañeda C, Toronjo L, Cachón J, DelCastillo O. Incidencia de caídas y necesidad de formación en técnicas protegidas y seguridad de caer (Safe Fall) en practicantes de deporte de tablas. J Sport Health Res [Internet]. 2020 [citado el 7 de enero de 2024];12. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/JSHR/article/view/80808>

44. Gil , E. Medicamentos y riesgo de caídas en pacientes mayores: Intervención desde la farmacia comunitaria, 2022. [Trabajo final para obtener el grado en Farmacia](Trabajo Fin de Grado Inédito). Sevilla: Universidad de Sevilla, 2022. Disponible en: <https://hdl.handle.net/11441/143782>

45. Espínola H. Caídas en el adulto mayor [Internet]. Escuela de Medicina. Pontificia-Universidad Católica de Chile. 2018 [citado el 7 de enero de 2024]. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/publicacion/caidas-adulto-mayor/>

46. Martínez B, Hernández N, Díaz D, Arencibia F, Morejón M. Envejecimiento y caídas. Su impacto social. Rev.Med.Electrón. [Internet]. 2020 [citado 2024 Ene 06] ; 42(4): 2066-2077. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242020000402066&lng=es&tlng=es.

47. Suárez O, Parody A. Prevalencia de caídas y factores de riesgo intrínsecos en personas adultas mayores. Barranquilla (Atlántico), Colombia. Salud Rev. Univ. Ind. Santander.

[Internet]2023 [Citado 12 marzo 2024], 55, e25
Disponible: <https://doi.org/10.18273/saluduis.55.e:23011>.

48. Cabrera O, Roy I, Toriz A. Factores de riesgo para síndrome de caídas en adultos mayores con polifarmacia. *Atención Familiar* [Internet]. 10 de diciembre de 2019 [citado 15 de marzo de 2024];27(1):27-31. Disponible en: https://www.revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/72280

49. Ríos C, Galván M, Gómez D, Giraldo L, Agudelo M, Mino D. Factores intrínsecos y extrínsecos asociados con caídas en adultos mayores: estudio de casos y controles en México. *Gac. Méd. Méx* [Internet]. 2021 [citado 2024 Ene 07] ; 157(2): 133-139. Disponible en: <https://doi.org/10.24875/gmm.20000111>.

50. De alejos A, Roque I, Plain C. Las caídas, causa de accidente en el adulto mayor. *Rev. Internet- Artículo de revisión* [Internet]. 2020 [citado 12 marzo 2024]; 59 (276): e705. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/322553855.pdf>

51. Gutiérrez M, Leache L, Saiz L. Revisión de la validez de las escalas de valoración del riesgo de caídas en pacientes hospitalizados. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2022;57(3):186–94. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X22000373>

52. Concha Y, Vargas R, Celis C. Cambios morfofisiológicos y riesgo de caídas en el adulto mayor: una revisión de la literatura. *Salud Uninorte* [Internet]. 2021 [citado el 7 de enero de 2024];36(2):450–470. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/817/81769337009/>

53. Armas D, Abreus J, González V, Sarría J. Prevención de las caídas en adultos mayores institucionalizados. *Revista Científica Cultura, Comunicación y Desarrollo* [Internet]. 2023 [citado 7ene.2024];8(2):49-8. Available from: <https://rccd.ucf.edu/cu/index.php/aes/article/view/458>

54. Butista L, Gonzales, H. Evaluación de la validez y confiabilidad de la escala de Tinetti para la evaluación del equilibrio y la marcha en adultos peruanos mayores de 60 años-2023.[Tesis]. Lima. Universidad Cayetano Heredia, 2023. Disponible: chrome-extension://efaidnbnmnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/14759/Evaluacion_BautistaLara_Marcia.pdf?sequence=1
55. Caballero F. Efectos de un programa de actividad física en los cambios biomecánicos en el equilibrio y la marcha en personas mayores de 75 años residentes en la comunidad.[Tesis doctoral]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. Disponible en: <https://www.tdx.cat/handle/10803/675209#page=1>
56. Andrade P, Balda D. Actividad física para mejorar el equilibrio de los adultos mayores del programa de envejecimiento activo del cantón Chone. Sinapsis [Internet]. 30 de junio de 2022 [citado 8 de enero de 2024];21(1). Disponible en: <https://revistas.itsup.edu.ec/index.php/sinapsis/article/view/582>
57. Freire M, Abril T, Bravo G, Iturralde X. Alteración de la marcha, inestabilidad y caídas en el adulto mayor. *Salud & Ciencias Medicas*, [Internet]. 2022 [citado 7 de enero de 2024];2(1):7-16. Disponible en: <https://saludycienciasmedicas.uleam.edu.ec/index.php/salud/article/view/32>
58. Carrasco J, Montero J, Valente I. Estimulación Basal en Adultos Mayores con Alteraciones de Equilibrio y Marcha. *MedicienciasUTA* [Internet]. 2021 [citado 8 de enero de 2024];5(4.1):70-4. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/medi/article/view/1162>
59. Lopez S, Patiño A, Bedoya J, Montoya N. Marcha, equilibrio y calidad de vida en adultos mayores activos. *Rev. digital de educación física* [Internet]. 2020 [citado el 13 de enero de 2024];(67):72–84. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7642874>

60. Méndez A, Oliva G, Bofill Y. A propósito de artículo sobre ejercicios físicos para prevenir caídas en el adulto mayor. Rev. Cubana de Medicina Física y Rehabilitación [Internet] 2023 [citado 15 Mar 2024]; 15 (2) Disponible en: <https://revrehabilitacion.sld.cu/index.php/reh/article/view/826>
61. Gonzales R. El método hipotético deductivo de Karl Popper en los estudiantes de la Educación Básica Regular en Perú. In Educacion [Internet]. 2023 [citado 3 de febrero de 2024];29(2):e3045. Disponible en: <https://revistas.unife.edu.pe/index.php/educacion/article/view/3045/3386>
62. Padilla C, Marroquín C. Enfoques de Investigación en Odontología: Cuantitativa, Cualitativa y Mixta. Rev. Estomatol. Herediana [Internet]. 2021[citado 2024 Feb 03] ; 31(4): 338-340. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20453/reh.v31i4.4104>.
63. Vizcaíno P, Cedeño R, Maldonado I. Metodología de la investigación científica: guía práctica. Ciencia Latina [Internet]. 2023 [citado 3 de febrero de 2024];7(4):9723-62. Disponible en: <https://www.ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/7658>
64. Cienfuegos M, Garcia P, Gonzales C. Lo cuantitativo y cualitativo desde un tratamiento estadístico RICS H Revista Iberoamericana de las Ciencias Sociales y Humanísticas [Internet]2022 [citado 3 de febrero de 2024]; 11 (21): 18-49. Disponible en DOI: <https://doi.org/10.23913/ricsh.v11i21.275>
65. Guevara G, Verdesoto A, Castro N. Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). Recimundo [Internet]. 2020 [citado 3feb.2024];4(3):163-173. Available from: [https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(3\).julio.2020.163-173](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(3).julio.2020.163-173)
66. Arias J, Covinos M, Cáceres M. Formulación de los objetivos específicos desde el alcance correlacional en trabajos de investigación. Ciencia Latina [Internet]. 2020 [citado 3 de

febrero de 2024];4(2):237-4. Disponible en:

<https://www.ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/73>

67. Corona L, Fonseca M. Acerca del carácter retrospectivo o prospectivo en la investigación científica. Medisur [Internet]. 2021 [citado 2024 Feb 03] ; 19(2): 338-341. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/1800/180068639021/html/>

68. Rodríguez Y. Metodología de la investigación. [Internet]. Ciudad de México. Ed. Klik-soluciones educativas, 2020 [consultado 10 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=x9s6EAAAQBAJ&lpg=PP1&pg=PP1#v=onepage&q&f=false>

69. Sacerdoti A, Frechtel G, Farinola M. Relación entre capacidad funcional locomotora y grados de obesidad en mujeres adultas argentinas. Rev. Salud Pública [Internet] 2023 [citado 10 de febrero de 2024];29(2). Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/41095>

70. Mera R. Riego de caídas y capacidad funcional en ancianos hospitalizados y en emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen- ESSALUD, 2019. [Tesis para obtener el título licenciado en enfermería]. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 2019. [citado 2024 Feb 10]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13053/3271>

71. Terrazas L, Díaz M. Funcionalidad familiar y riesgo de caídas en adultos mayores hospitalizados. Archivo Médico Camagüey [Internet]. 2024 [citado 16 Feb 2024]; 28 Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/9783>

72. Valencia V. Riesgo de caída y deterioro cognitivo en el adulto mayor del centro geriátrico Casa Hogar de María, San Borja, 2023. [Trabajo Académico para optar el Título de Especialista en Fisioterapia en el Adulto Mayor]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2024. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13053/9774>

73. Colegio de Enfermeros del Perú. Código de Ética y Deontología [Internet]. [Consultado el 9 de marzo 2024]. Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.cep.org.pe/wp-content/uploads/2021/10/codigo_etica_deontologia.pdf

ANEXOS

Anexo I: Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO
<p>GENERAL</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre la capacidad funcional y el riesgo de caída en los pacientes adultos mayores del hospital IIE San Isidro Labrador, 2025?</p>	<p>GENERAL</p> <p>Determinar la relación que existe entre la capacidad funcional y el riesgo de caída en los pacientes adultos mayores.</p>	<p>GENERAL</p> <p>H1: Existe relación estadísticamente significativa entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas en los adultos mayores del Hospital San Isidro Labrador – Santa Anita, 2025.</p> <p>H0: No relación estadísticamente significativa entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas en los adultos mayores del Hospital San Isidro Labrador – Santa Anita, 2025.</p>	<p>VI: Capacidad funcional (CF)</p> <p>Dimensiones:</p> <p>D1: Alimentación D2: Higiene personal. D3: Vestido. D4: Arreglo personal. D5: Deposición. D6: Micción. D7: Ir al retrete D8: Traslado al Sillón/cama D9: Deambulación. D10: Subir y bajar escaleras.</p> <p>VD: Riesgo de caída.</p> <p>Dimensiones:</p> <p>D1: Equilibrio. D2: Marcha.</p>	<p>Método: hipotético deductivo Enfoque: cuantitativo Tipo: aplicada Diseño: observacional, descriptivo, correlacional, prospectivo y transversal.</p>
<p>ESPECÍFICO</p> <p>1. ¿Cuál es la relación que existe entre la capacidad funcional en su dimensión alimentación con el riesgo de caída en los pacientes adultos mayores?</p> <p>2. ¿Cuál es la relación que existe entre la capacidad funcional en su dimensión higiene personal con el riesgo de caída en los pacientes adultos mayores?</p> <p>3. ¿Cuál es la relación que existe entre la capacidad funcional en su dimensión vestido con el riesgo de caída en los pacientes adultos mayores?</p> <p>4. ¿Cuál es la relación que existe entre la capacidad funcional en su dimensión arreglo personal con el riesgo de caída en los pacientes adultos mayores?</p> <p>5. ¿Cuál es la relación que existe entre la capacidad funcional en su dimensión</p>	<p>ESPECÍFICO</p> <p>1. Determinar la relación que existe entre la capacidad funcional en su dimensión alimentación con el riesgo de caída en los pacientes adultos mayores.</p> <p>2. Determinar la relación que existe entre la capacidad funcional en su dimensión higiene personal con el riesgo de caída en los pacientes adultos mayores.</p> <p>3. Determinar la relación que existe entre la capacidad funcional en su dimensión vestido con el riesgo de caída en los pacientes adultos mayores.</p> <p>4. Determinar la relación que existe entre la capacidad funcional en su dimensión arreglo personal con el riesgo de caída en los pacientes adultos mayores</p> <p>5. Determinar relación que existe entre la capacidad funcional en su dimensión</p>	<p>ESPECÍFICO</p> <p>1. Existe relación estadísticamente significativa entre la capacidad funcional en su dimensión alimentación con el riesgo de caída en los pacientes adultos mayores.</p> <p>2. Existe relación estadísticamente significativa entre la la capacidad funcional en su dimensión higiene personal con el riesgo de caída en los pacientes adultos mayores.</p> <p>3. Existe relación estadísticamente significativa entre la capacidad funcional en su dimensión vestido con el riesgo de caída en los pacientes adultos mayores.</p>		

deposición con el riesgo de caída en los pacientes adultos mayores?

6. ¿Cuál es la relación que existe entre la capacidad funcional en su dimensión micción con el riesgo de caída en los pacientes adultos mayores?

7. ¿Cuál es la relación que existe entre la capacidad funcional en su dimensión ir al retrete con el riesgo de caída en los pacientes adultos mayores?

8. ¿Cuál es la relación que existe entre la capacidad funcional en su dimensión traslado de un sillón/cama con el riesgo de caída en los pacientes adultos mayores?

9. ¿Cuál es la relación que existe entre la capacidad funcional en su dimensión deambulacion con el riesgo de caída en los pacientes adultos mayores?

10. ¿Cuál es la relación que existe entre la capacidad funcional en su dimensión subir y bajar escaleras con el riesgo de caída en los pacientes adultos mayores?

deposición con el riesgo de caída en los pacientes adultos mayores.

6. Determinar la relación que existe entre la capacidad funcional en su dimensión micción con el riesgo de caída en los pacientes adultos mayores.

7. Determinar la relación que existe entre la capacidad funcional en su dimensión ir al retrete con el riesgo de caída en los pacientes adultos mayores.

8. Determinar la relación que existe entre la capacidad funcional en su dimensión traslado de un sillón/cama con el riesgo de caída en los pacientes adultos mayores.

9. Determinar la relación que existe entre la capacidad funcional en su dimensión deambulacion con el riesgo de caída en los pacientes adultos mayores.

10. Determinar relación que existe entre la capacidad funcional en su dimensión subir y bajar escaleras con el riesgo de caída en los pacientes adultos mayores.

4. Existe relación estadísticamente significativa entre la capacidad funcional en su dimensión arreglo personal con el riesgo de caída en los pacientes adultos mayores

5. Existe relación estadísticamente significativa entre la capacidad funcional en su dimensión deposición con el riesgo de caída en los pacientes adultos mayores.

6. Existe relación estadísticamente significativa entre la capacidad funcional en su dimensión micción con el riesgo de caída en los pacientes adultos mayores.

7. Existe relación estadísticamente significativa entre la capacidad funcional en su dimensión ir al retrete con el riesgo de caída en los pacientes adultos mayores.

8. Existe relación estadísticamente significativa entre la capacidad funcional en su dimensión traslado de un sillón/cama con el riesgo de caída en los pacientes adultos mayores.

9. Existe relación estadísticamente significativa entre la capacidad funcional en su dimensión deambulacion con el riesgo de caída en los pacientes adultos mayores.

10. Existe relación estadísticamente significativa entre la capacidad funcional en su dimensión subir y bajar escaleras con el riesgo de caída en los pacientes adultos mayores.

Anexo II

Instrumento de Capacidad Funcional

Buenas tardes, mi nombre es Eida Zambrano Taipe, estoy efectuando un estudio sobre la capacidad funcional y el riesgo de caída en los adultos mayores. Le solicito su apoyo para responder el siguiente cuestionario que se le realizará. Podrá responder con sinceridad cómo lleva a cabo las actividades que se le mencionarán. Tómese el tiempo necesario para responder y puede solicitar el apoyo de su familia si lo considera. También puede hacer preguntas para aclarar antes que de dar una respuesta final.

Las respuestas tienen un valor: 10 puntos si lo hace de manera independiente, 5 puntos si necesita ayuda y 0 puntos si lo realiza de manera independiente.

Característico socio demográficas

Sexo: Edad: Grado de Instrucción Caídas previas:

Enfermedades crónicas degenerativas:

Hospital de procedencia:

Dx. Médico geriátrico:

Tiempo que viene realizando terapia en el SIL (meses)..... Cuenta con familiar acompañante. Si () No ()

Índice de Bartel

Puntaje	Indicador	Descripción de ítem a evaluar
1. Alimentación		
10	De manera independiente	Es capaz de utensilio necesario para su alimentación y lograr desmenuzar los alimentos como extender la mantequilla, propiciar condimentos a los alimentos por sí solo, entre otras cosas dentro de un lapso de tiempo razonable, puede cocinar y/o servirse la comida.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda en el cortado de las carnes, corta los panes, untar mantequilla a los panes, sin embargo, si es aún capaz de comer solo.
0	Dependiente	Precisa ayuda para poderse alimentar.
2. Higiene personal		
5	De manera independiente	Puede asearse por sí solo, puede manipular la ducha, la bañera o mantenerse en pie y puede aplicar la esponja en todo su cuerpo, además de ingresar o salir del baño sin dificultad de manera autosuficiente.
0	De manera dependiente	Necesita que lo ayuden para llevar a cabo estas actividades de higiene personal o al menos que se le supervise.
3. Vestido		
10	De manera independiente	Es capaz de vestirse o desvestirse, realizar ataduras de zapatos, abotonarse y colocar de manera adecuada los accesorios de las prendas.
5	Necesita ayuda	Sí puede realizar, pero con ayuda en la mitad de las actividades diarias al vestirse o desvestirse.
0	Dependiente	Necesita necesariamente ayuda para realizar estas actividades cotidianas.
4. Arreglo personal		
5	De manera independiente	Puede asearse de manera autosuficiente como lavarse el rostro, las manos, maquillarse, peinarse, afeitarse o lavado de los dientes de manera cotidiana.
0	De manera dependiente	Precisa de ayuda de otra persona para realizar estas actividades.
5. Depositiones		

10	Continente	No presenta incontinencia, de necesitar enemas o supositorios puede aplicárselos de manera autosuficiente.
5	Accidente ocasional	En algunas oportunidades en la semana precisa de ayuda para la aplicación de supositorios o enemas.
0	Incontinente	Precisa de ayuda de otra persona para aplicar enemas o supositorios.
6. Micción (Valoración semanal)		
10	Continente	No presenta incontinencia, puede utilizar dispositivos, en caso de ser paciente sondado puede cambiarse las bolsas por sí solo.
5	Accidente ocasional	En algunas oportunidades en la semana precisa de ayuda para la aplicación de cambio de bolsas o dispositivos.
0	Incontinente	Precisa de ayuda de otra persona para cambios bolsas o dispositivos.
7. Ir al retrete		
10	De manera independiente	Puede entrar y sentarse por sí solo(a), puede quitarse las prendas por sí solo(a) sin algún problema, puede tirar de la cadena, se sienta en la taza sin ayuda, utiliza las barras de ayuda de soporte, en el caso de bacinilla puede utilizarlo de manera completa sin ayuda de nadie y sin machar.
5	Necesita ayuda	Puede manejar la situación con pequeñas ayudas para mantener el equilibrio, puede quitarse la ropa sin problemas, aún es capaz de utilizar el retrete, pero con algo de ayuda.
0	Dependiente	Necesita ayuda para realizar actividades fisiológicas y complementarias a ella
8. Traslado en un sillón/cama		
15	De manera independiente	Puede trasladarse en todo momento sin ayuda alguna, en el caso de usar silla de ruedas puede aproximarse a la cama, utiliza los frenos, se desplaza a la hora de apoyar los pies, cierra la silla por sí solo, puede colocarse en posición de sentado en un extremo de la cama, puede arrojarse por sí solo y volver también a la silla por sí mismo.
10	Necesita mínima ayuda	Precisa de algún tipo de ayuda o supervisión para que se le indique el movimiento de la cama hacia la silla y de regreso.
5	Necesita mucha ayuda	Precisa de algún de ayuda mayor o supervisión para el guiado para que se le indique el movimiento de la cama hacia la silla y de regreso.
0	Dependiente	Precisa de completa ayuda de dos o más personas para poder ser capaz de utilizar la silla y mantenerse en el asiento.
9. Deambulaci3n		
15	De manera independiente	Es capaz de trasladarse caminando de alrededor entre 50 metros o equivalente aproximado sin ayuda de nadie (la velocidad no es importante en estos casos), pudiendo utilizar bastones, prótesis o andadores sin ayuda de nadie.
10	Necesita mínima ayuda	Precisa de ayuda menor para poder trasladarse de alrededor de 50 metros o para la utilizaci3n de instrumentos que le ayuden a trasladarse.
5	Manera independiente en silla de ruedas	Dentro de alrededor de 50 metros si puede desplazarse, atravesar puertas y dobla esquinas de por sí solo, pero con el uso de silla de ruedas.
0	Dependiente	Para el desplazamiento necesariamente necesita de silla de ruedas y alguien que lo empuje.
10. Subir y bajar escaleras		
10	De manera independiente	Puede subir y bajar las escaleras de un piso a otro sin ayuda de nadie ni tampoco para que se le supervise, pudiendo utilizar alg3n utensilio como un bast3n, muleta, pasamano u otro.
5	Necesita ayuda	Precisa de supervisi3n f3sica o verbal para realizar estas actividades.
0	Dependiente	Es incapaz de poder subir escalones, por lo que necesita ayuda o utilizar un ascensor.

Puntaje total

Es la sumatoria total de cada una de las actividades medidas	
--------------------------------------------------------------	--

Escala valorativa

0 - 20	Dependencia total
21 - 60	Dependencia severa
61 - 90	Dependencia moderada
91 - 99	Dependencia escasa o leve
100	Independencia

Instrumento que mide Riesgo de Caída

Escala de Tinetti -Evaluación del equilibrio

Instrucciones: para el siguiente instrumento se le dará algunas indicaciones sobre su estado de equilibrio y la marcha. Escuche las indicaciones que se le brinden y lleve a cabo las actividades según cómo usted las pueda realizar, si no puede, no hay problema, solo debe manifestarlo.

ESCALA DE TINETTI. PARTE I: EQUILIBRIO

Instrucciones: Sujeto sentado en una silla sin brazos.	
1. EQUILIBRIO SENTADO	
Se inclina o desliza en la silla	0
Firme y seguro	1
2. LEVANTARSE	
Incapaz sin ayuda	0
Capaz utilizando los brazos como ayuda	1
Capaz sin utilizar los brazos	2
3. INTENTOS DE LEVANTARSE	
Incapaz sin ayuda	0
Capaz, pero necesita más de un intento	1
Capaz de levantarse con un intento	2
4. EQUILIBRIO INMEDIATO (5) AL LEVANTARSE	
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
5. EQUILIBRIO EN BIPEDESTACION	
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
6. EMPUJON (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	1
Se tambalea, se sujeta, pero se mantiene solo	2
Firme	3
7. OJOS CERRADOS (en la posición anterior)	
Inestable	0
Estable	1
8. GIRO DE 360°	
Pasos discontinuos	0
Pasos continuos	1
Inestable (se agarra o tambalea)	0
Estable	1
9. SENTARSE	
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

Instrucciones: el sujeto de pie con el examinador camina primero con su paso habitual, regresando con "pasó rápido, pero seguro" (usando sus ayudas habituales para la marcha, como bastón o andador).	
1. COMIENZA DE LA MARCHA (inmediatamente después de decir "camine")	
Duda o vacila, o múltiples intentos para comenzar	0
No vacilante	1
2. LONGITUD Y ALTURA DEL PASO	
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 de 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
3. SIMETRÍA DEL PASO	
La longitud del paso con el pie derecho e izquierdo es diferente (estimada)	0
Los pasos son iguales en longitud	1
3. CONTINUIDAD DE LOS PASOS	
Para o hay discontinuidad entre pasos	0
Los pasos son continuos	1
4. 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)	
Marcada desviación	0
Desviación moderada o media, o utiliza ayuda	1
Derecho sin utilizar ayudas	2
5. TRONCO	
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
6. POSTURA EN LA MARCHA	
Talones separados	0
Talones casi se tocan mientras camina	1
TOTAL, MARCHA / 12	

Puntuación total: 28 puntos

Escala valorativa:

- ✓ Alto riesgo de caídas (19 a menos)
- ✓ Riesgo de caídas (20 a 23)
- ✓ Bajo riesgo de caídas (24 a más)

Anexo III

Formato de consentimiento informado para participar del proyecto de investigación.

El presente documento contiene toda la información necesaria para poder decidir si usted es partícipe o no del proyecto de investigación titulado “Capacidad funcional y riesgo de caídas en los pacientes adultos del hospital IIE San Isidro Labrador, Lima 2025” además usted debe de comprender cuál es el propósito de este estudio, caso contrario podría comunicarse con el investigador por vía telefónica o correo electrónico que figura en este documento hasta que sus dudas sean resueltas.

Institución: Universidad Privada Norbert Wiener.

Nombre del investigador principal: Lic. Enf. Elida Laura Zambrano Taipe

Título del proyecto: Capacidad funcional y riesgo de caídas en los pacientes adultos mayores del hospital IIE San Isidro Labrador, Lima, 2025.

Propósito del estudio: Determinar la relación que existe entre la capacidad funcional y el riesgo de caída de los pacientes adultos mayores del Hospital San Isidro Labrador.

Participantes: Adultos mayores del Hospital San Isidro Labrador.

- ✓ Participación: Si
- ✓ Participación voluntaria: Si
- ✓ Beneficios por participar: Ninguna
- ✓ Inconvenientes y riesgos: Ninguna
- ✓ Costo por participar: Ninguno
- ✓ Remuneración por participar: Ninguno
- ✓ Confidencialidad: Si
- ✓ Renuncia: No aplica
- ✓ Consultas posteriores: Si
- ✓ Contacto con el investigador: celular 954674042. Email: elida_laura@outlook.com

Declaración de consentimiento

Yo declaro haber leído y comprendido la información proporcionada, así mismo tengo conocimiento del propósito del proyecto de investigación, así como la confidencialidad de mi identidad. Por tal motivo, doy mi consentimiento a la participación del presente proyecto de investigación, en mérito a ello, firmo mi participación:

Nombre y apellidos:.....

D.N.I.:.....

● 19% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 15% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 16% Base de datos de trabajos entregados
- 2% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

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

1	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	4%
2	Universidad Wiener on 2025-04-01 Submitted works	2%
3	uwiener on 2024-11-29 Submitted works	2%
4	uwiener on 2024-02-25 Submitted works	1%
5	uwiener on 2023-10-12 Submitted works	1%
6	Universidad Privada San Juan Bautista on 2025-01-29 Submitted works	<1%
7	Universidad Wiener on 2024-08-29 Submitted works	<1%
8	uwiener on 2023-10-02 Submitted works	<1%