



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CAPACIDAD FUNCIONAL RELACIONADO CON EL
RIESGO DE CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR
DEL HOSPITAL CARLOS MONGE
MEDRANO, JULIACA 2024**

TESIS PRESENTADA POR:
Bach. MILAGROS TURPO CONDORI

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

JULIACA – PERÚ
2025



UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
CAPACIDAD FUNCIONAL RELACIONADO CON EL
RIESGO DE CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR
DEL HOSPITAL CARLOS MONGE
MEDRANO, JULIACA 2024

TESIS PRESENTADA POR:

Bach. MILAGROS TURPO CONDORI

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

APROBADA POR EL JURADO REVISOR:

PRESIDENTE :

Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

PRIMER MIEMBRO :

Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

SEGUNDO MIEMBRO :

Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA

ASESOR DE TESIS :

Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

SALUD PÚBLICA - P07



UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

RESOLUCIÓN DECANAL N° 1262 -2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 02 de Diciembre del 2025

VISTOS:

El Expediente N° 2025 – 11908 en el cual solicita fecha y hora para Sustentación de Tesis y el Dictamen de Aprobación, emitido por el Jurado Evaluador del trabajo de investigación titulado: **CAPACIDAD FUNCIONAL RELACIONADO CON EL RIESGO DE CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA 2024**

CONSIDERANDO:

Que, es necesario dar cumplimiento a la Ley 30220, al Estatuto Universitario y al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad y de la Facultad de Ciencias de la Salud, para la fijación de fecha y hora para la sustentación de tesis.

En uso de las atribuciones conferidas a la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud y, estando al informe de la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad.

SE RESUELVE

PRIMERO: Ratificar a los jurados para la Sustentación de Tesis para optar el Título Profesional de: **LICENCIADA EN ENFERMERÍA** del bachiller: **TURPO CONDORI MILAGROS** habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes;

- | | | |
|----------------|---|--------------------------------------|
| * Presidente | : | Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE |
| * 1er. Miembro | : | Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA |
| * 2do. Miembro | : | Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA |
| * Asesor (a) | : | Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA |

SEGUNDO: Fijar la programación de Sustentación de Tesis para el:

DIA	:	MIERCOLES 03 DE DICIEMBRE DEL 2025
HORA	:	10:00 HORAS
LOCAL	:	Salón de Grados de la Facultad de Ciencias de la Salud

TERCERO: Realizado la Sustentación, el Jurado levantará el Acta en el libro respectivo, donde indicará el resultado obtenido por el bachiller sustentante.

CUARTO: La Dirección de la Escuela Profesional de Enfermería y la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud y el jurado, quedan encargados de dar cumplimiento a la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.



DISTRIBUCIÓN:
- Jurados (3)
- Interesado (1)
- Asesor de Tesis (1)
- Archivo FCS 2025(1)

**RESOLUCIÓN N° 069-2025-UI-FCS-UANCV-J**

Juliaca, 12 de setiembre del 2025

Visto: el Expediente N° 7333-UI-2025 de fecha 29 de agosto del 2025, Presentado Por el Bach. **TURPO CONDORI MILAGROS**, quien solicita Revisión de Informe Final de la Investigación (Borrador de Tesis) titulado: **CAPACIDAD FUNCIONAL RELACIONADO CON EL RIESGO DE CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA 2024** por los jurados de la Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de **ENFERMERÍA**

CONSIDERANDO:

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R, y con la aprobación del informe final por los siguientes miembros de jurado y asesor:

- | | | |
|----------------|---|--------------------------------------|
| * Presidente | : | Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE |
| * 1er. Miembro | : | Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA |
| * 2do. Miembro | : | Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA |
| * Asesor | : | Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA |

Estando, la opinión favorable de los miembros del jurado, en concordancia con el Reglamento Interno de Trabajo de Investigación Conducente a Grados y Títulos Resolución N° 0294-2023-UANCV-CU-R, de conformidad a lo que establece la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y Modificatoria N° 24661 y el Estatuto de la UANCV, que confiere facultades a la unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud; asimismo fue aprobado para su ejecución de informe final con **RESOLUCIÓN N° 1648-2024-D-FCS-UANCV-J**, conducente para optar el Título profesional de **LICENCIADO (o) EN ENFERMERÍA**

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: APROBAR EL INFORME FINAL DE LA INVESTIGACIÓN para la REVISIÓN DE SIMILITUD TURNITIN, del tema **CAPACIDAD FUNCIONAL RELACIONADO CON EL RIESGO DE CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA 2024** presentado por el (la) Bach. **TURPO CONDORI MILAGROS**, para optar el Título profesional de **LICENCIADO (a) EN ENFERMERÍA**, en virtud de los considerandos expuestos.

ARTÍCULO SEGUNDO: RATIFICAR como ASESOR(a) a la: **Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA**

ARTICULO TERCERO. - **DISPONER** que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y secretaria académica de la Facultad de ciencias de la Salud, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.

DISTRIBUCIÓN:

- | | |
|---------------|-----|
| - Interesados | (1) |
| - Archivo | (1) |

UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Dra. María Concepción Figueroa Vilca
DIRECTORA
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS

RESOLUCIÓN DECANAL N° 1648-2024-D-FCS-UANCV

Juliaca, 29 de noviembre del 2024

VISTOS:

El Informe N° 129-2024-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, y la copia del acta de Registro de la Propuesta de Investigación de fecha 29 de noviembre de la E.P. Enfermería folio 000152;

CONSIDERANDO:

Que, el (la) egresado (a) **TURPO CONDORI MILAGROS** ha presentado y solicitado la aprobación de la propuesta de Investigación titulado: **CAPACIDAD FUNCIONAL RELACIONADO CON EL RIESGO DE CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA 2024** correspondiente a la línea de investigación: **SALUD PÚBLICA**

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV comunico que el **Comité de Investigación** para la evaluación de la propuesta de Investigación está conformado por los siguientes docentes:

- * **Presidente** : **Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA**
- * **1er. Miembro** : **Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA**
- * **2do. Miembro** : **M.Sc MARÍA ANTONIETA LOAYZA LÓPEZ**

Que, la Directora de la Unidad de Investigación ha emitido la Opinión Técnica N° 494 2024-UANCV-FCS-UI-CI sobre la evaluación de la propuesta de investigación, emitiendo opinión favorable para que se emita la resolución de aprobación de la propuesta de investigación;

Estando opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92- y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

SE RESUELVE

APROBAR, la **PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) egresado (a) **TURPO CONDORI MILAGROS** para optar el título profesional de: **LICENCIADO(A) EN ENFERMERÍA** titulado **CAPACIDAD FUNCIONAL RELACIONADO CON EL RIESGO DE CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA 2024**

La propuesta de Investigación deberá **ejecutarse** de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Unidad de Investigación con fines de obtención de Grados Académicos y Títulos Profesionales, y el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud.

ARTICULO SEGUNDO.- RECONOCER, como **ASESOR(A)** de la **PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN** al(la) Docente Ordinario(a) de la Facultad de Ciencias de la Salud **Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA**

ARTICULO TERCERO.- **DISPONER** que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y la Directora de la Escuela profesional de Psicología quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.



Distribución: Decanato, EP. Enfermería Archivo.



MILAGROS TURPO CONDORI

CAPACIDAD FUNCIONAL RELACIONADO CON EL RIESGO DE CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL CARLOS MON...

 Trabajos de tesis para ingreso a repositorio

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::13016:597776537

Fecha de entrega

5 jun 2026, 22:57 GMT-5

Fecha de descarga

6 jun 2026, 10:32 GMT-5

Nombre del archivo

T036_72042935_T.docx

Tamaño del archivo

12.7 MB

138 páginas

18.880 palabras

100.852 caracteres



20% Similitud general

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

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 14%  Fuentes de Internet
- 2%  Publicaciones
- 18%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

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

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



Metadatos Complementarios

Título de la tesis	
CAPACIDAD FUNCIONAL RELACIONADO CON EL RIESGO DE CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA 2024	
Datos de autor	
Nombres y apellidos	MILAGROS TURPO CONDORI
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	72042935
URL de ORCID	https://orcid.org/0009-0001-5749-6102
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	MARYLUZ CRUZ COLCA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	29590767
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-4379-558X
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29344129
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01297921
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02401506



Datos de investigación	
Línea de investigación	SALUD PÚBLICA - P07
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	Edificio: Hospital Carlos Monge Medrano País: Perú Departamento: Puno Provincia: San Román Distrito: Juliaca Calle: Avenida Huancané Coordenadas Latitud: 15° 28' 54.757" S Longitud: 70° 7' 14.012" W URL Maps https://www.google.com/maps/d/edit?mid=1V7--ld6QMytCSgHxohP22igqDr8W47g&usp=sharing 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Noviembre 2024 – Diciembre 2025
URL de disciplinas OCDE https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html - Librería	Enfermería https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.03 Salud Pública https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.05



DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD



Yo MILAGROS TURPO CONDORI, identificado con DNI
Nro. 72042935, en mi condición de egresado de:

- ☒ Escuela Profesional
☐ Programa de Segunda Especialidad,
☐ Programa de Maestría o Doctorado

ENFERMERÍA

informo que he elaborado el/la ☒ Tesis o ☐ Trabajo de Investigación, ☐ Trabajo Académico
denominada:

CAPACIDAD FUNCIONAL RELACIONADO CON EL RIESGO DE CAÍDAS EN EL
ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA 2024

Asesorado por: Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 06 de MAYO del 2026


Firma del Asesor
(obligatoria)


Firma del Estudiante
(obligatoria)



Huella



DEDICATORIA

Este logro representa años de esfuerzo, dedicación y amor por una profesión que transforma vidas, al culminar mi carrera como Licenciada en Enfermería, deseo dedicar esta meta cumplida con todo mi corazón.

A mi familia, por ser mi mayor soporte, por acompañarme en los días más duros y celebrar conmigo los más felices. Gracias por su fe constante en mí, y por enseñarme que todo sacrificio tiene recompensa.

Y especialmente a ti, hijo mío: este logro es tuyo tanto como mío. Tú fuiste mi mayor inspiración para seguir adelante cuando las fuerzas flaqueaban, mi motor para no rendirme y la razón por la que decidí ser un ejemplo de esfuerzo, superación y amor. Cada noche de desvelo, cada lágrima y cada logro tienen tu nombre. Que este título te muestre que los sueños sí se alcanzan, con trabajo y corazón.

Hoy cierro un ciclo con orgullo y empiezo otro con compromiso y vocación.



AGRADECIMIENTO

A los catedráticos de la Universidad que me inculcaron los conocimientos según sus experiencias, a mis docentes, quienes con sabiduría y dedicación me formaron con rigor académico y ejemplo profesional. Gracias por cada enseñanza compartida y por inspirarme a dar siempre lo mejor de mí.

A los establecimientos de salud y sus pacientes, porque cada experiencia, cada historia, y cada mirada confiada fue parte fundamental de mi aprendizaje, ayudándome a crecer no solo como profesional, sino como ser humano.

A mis familiares, y mi hijo por su amor incondicional, por su apoyo constante y permitirme la conclusión de este proceso.



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
ÍNDICE GENERAL	v
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	x
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
INTRODUCCIÓN	xiv

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1.1. Problema General.....	4
1.1.2. Problemas Específicos	4
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	4
1.2.1. Justificación Teórica.	4
1.2.2. Justificación Practica	5
1.2.3. Justificación Metodológica	6
1.3. OBJETIVOS.....	6
1.3.1. Objetivo General.	6
1.3.2. Objetivos Específicos.....	6



1.4. HIPÓTESIS.....	7
1.4.1. Hipótesis General	7
1.4.2. Hipótesis Especificas.	7
1.5. VARIABLES.....	7
1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	8

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	10
2.1.1. A nivel internacional.....	10
2.1.2. A nivel nacional.....	13
2.1.3. A nivel regional	15
2.2. MARCO TEÓRICO	19
2.3. MARCO CONCEPTUAL	30

CAPÍTULO III

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	32
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	32
3.3. MÉTODO O MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN.	32
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA	33
3.4.1. Población.	33
3.4.2. Muestra: Se recolecto según la siguiente formula muestral:.....	33
3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	34



3.5.1. Técnicas	34
3.5.2. Instrumento:	34
3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS.	35
3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS.....	36
3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.	36
3.8.1. Validación.	36
3.8.2. Confiabilidad.	37

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	38
CONCLUSIONES.....	88
RECOMENDACIONES	90
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92
ANEXOS	98
ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS	99
ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	103
ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	105
ANEXO 4: INSTRUMENTO.....	106
ANEXO 5: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO	109
ANEX 6: AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZO LA INVESTIGACIÓN	115



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Edad y su relación con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.....	39
Tabla 2.	Género y su relación con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.	42
Tabla 3.	Alimentación y su relación con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024	45
Tabla 4.	Continencia y su relación con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024	48
Tabla 5.	Deambulaci3n y su relaci3n con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024	51
Tabla 6.	Uso sanitario y su relaci3n con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024	54
Tabla 7.	Vestido y su relaci3n con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024	57
Tabla 8.	Aseo y su relaci3n con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024	60
Tabla 9.	Preparaci3n de comidas y su relaci3n con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024	63
Tabla 10.	Limpiar hogar y su relaci3n con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024	66



Tabla 11.	Ir de compras y su relación con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024	69
Tabla 12.	Usar teléfono y su relación con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024	72
Tabla 13.	Usar transporte público y su relación con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024	75
Tabla 14.	Tomar medicamentos y su relación con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024	78
Tabla 15.	Manejo de asuntos económicos y su relación con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024	81
Tabla 16.	Valoración del riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024	84



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Edad y su relación con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024	40
Figura 2	Género y su relación con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024	43
Figura 3	Alimentación y su relación con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024	46
Figura 4	Continencia y su relación con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024	49
Figura 5	Deambulación y su relación con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024	52
Figura 6	Uso sanitario y su relación con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024	55
Figura 7	Vestido y su relación con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024	58
Figura 8	Aseo y su relación con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024	61
Figura 9	Preparación de comidas y su relación con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024	64
Figura 10	Limpiar hogar y su relación con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024	67
Figura 11	Ir de compras y su relación con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024	70



Figura 12	Usar teléfono y su relación con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024	73
Figura 13	Usar transporte público y su relación con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024	76
Figura 14	Tomar medicamentos y su relación con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024	79
Figura 15	Manejo de asuntos económicos y su relación con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024	82
Figura 16	Valoración del riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024	85

RESUMEN

Objetivo: Determinar la capacidad funcional y su relación con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024. **Material y método:** Investigación de diseño no experimental, de tipo básico y nivel relacional, de corte transversal, de enfoque cuantitativo, con una muestra de 97 adultos mayores, al que se aplicó la técnica de la entrevista e instrumentos de la Capacidad Funcional del Adulto Mayor según el Índice de Barthel-Escala de Lawton y Brody, y guía de entrevista del riesgo de caídas y se aplicó el estadístico del χ^2 . **Resultados:** La capacidad funcional que está relacionado con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, 2024 son: 43,30% tiene 60 a 69 años de edad ($p=0,000$), 60,82% es de género femenino ($p=0,000$), 46,39% refiere alimentación parcialmente dependiente ($p=0,000$), 45,36% refiere continencia parcialmente dependiente ($p=0,000$), 46,39% refiere deambulaci3n parcialmente dependiente ($p=0,000$), 42,27% el uso sanitario parcialmente dependiente ($p=0,000$), 52,58% refiere vestido funcional o independiente ($p=0,000$), 44,33% refiere aseo parcialmente independiente ($p=0,000$), 21,65% le preparan el alimento ($p=0,000$), 29,90% limpia su ambiente/cuarto ($p=0,000$), 22,68% va acompa1ado de compras, 32,99% llama y recepci3n de llamadas ($p=0,000$), 29,90% utiliza transporte p3blico acompa1ado ($p=0,000$), 64,95% toma solo el medicamento y en sus horarios ($p=0,000$), 30,93% maneja sus asuntos econ3micos con ayuda de su familia ($p=0,000$) todas las variables son significativas con una $p<0,05$, 57,73% tiene una valoraci3n en riesgo medio, el 32,99% tiene una valoraci3n en riesgo alto, el 9,28% tiene una valoraci3n en riesgo bajo. **Conclusi3n:** La capacidad funcional tiene relaci3n con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024. **Palabras clave:** Capacidad funcional, riesgo, caídas, adulto mayor.



ABSTRACT

Objective: To determine functional capacity and its relationship with the risk of falls in older adults at the Carlos Monge Medrano Hospital, Juliaca 2024. **Material and method:** Non-experimental, of basic type, correlational level, cross-sectional, quantitative approach research design, with a sample of 97 older adults, to whom the interview technique and instruments of the Functional Capacity of the Older Adult were applied according to the Barthel Index-Lawton and Brody Scale, and interview guide for the risk of falls and the X2 statistic was applied. **Results:** The functional capacity that is related to the risk of falls in the elderly of the Carlos Monge Medrano Hospital, 2024 are: 43.30% are 60 to 69 years old ($p=0.000$), 60.82% are female ($p=0.000$), 46.39% report partially dependent feeding ($p=0.000$), 45.36% report partially dependent continence ($p=0.000$), 46.39% report partially dependent walking ($p=0.000$), 42.27% partially dependent sanitary use ($p=0.000$), 52.58% report functional or independent dressing ($p=0.000$), 44.33% report partially independent hygiene ($p=0.000$), 21.65% prepare their food ($p=0.000$), 29.90% clean their environment/room ($p=0.000$), 22.68% go shopping with someone, 32.99% make and receive calls ($p=0.000$), 29.90% use public transportation with someone ($p=0.000$), 64.95% take their medication alone and on their own schedule ($p=0.000$), 30.93% manage their financial affairs with the help of their family ($p=0.000$). All variables are significant with a $p<0.05$. 57.73% are assessed as being at medium risk, 32.99% are assessed as being at high risk, and 9.28% are assessed as being at low risk. **Conclusion:** Functional capacity is related to the risk of falls in older adults at Carlos Monge Medrano Hospital, Juliaca 2024.

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

.



INTRODUCCIÓN

Las de tercera edad con el pasar del tiempo van disminuyendo ciertas capacidades en general, incluidas el equilibrio, por ello es frecuente que los adultos mayores por lo general presentan riesgos de caídas incluso muchos sufren de fracturas por caídas, esto por lo general se presenta por la falta del ejercicio físico que están en un peligro en el contexto donde viven las personas longevos, esto dependerá de la calidad de vida que han tenido toda su vida, en algunos sujetos no hay síntomas anterior a su caída, en otros casos se suele presentar algunas molestias como es el mareo entre otras, por lo que es importante realizar o examinar si hubieron algunos trastornos que facilitaron la caída, estas caídas que generalmente suceden en la vivienda pueden ser controlados siempre que se tome precaución, por tal motivo es fundamental que los individuos vayan a un centro fisioterapeuta el cual puede colaborar en reducir las caídas.

Este proyecto se estructura en cuatro capítulos estrechamente relacionados que guían al lector a través del desarrollo del estudio. El primer capítulo, Aspectos generales, expone claramente el problema en cuestión, justifica la importancia del trabajo, define los objetivos, plantea la hipótesis principal y profundiza en las variables, mostrando con precisión su uso. A continuación, el Capítulo II, Marco teórico, reúne la información de contexto clave, desglosa los conceptos centrales y expone las ideas que sustentan esta investigación. El Capítulo III, Metodología de la investigación, describe el diseño de investigación empleado, los métodos adecuados, la población y la muestra, así como las herramientas utilizadas para recopilar, procesar y analizar los datos. También explica cómo se verifica la precisión, la estabilidad y la comprobación de hipótesis. Finalmente, el Capítulo IV, Resultados y discusión, presenta los hallazgos, su significado, las principales conclusiones y las recomendaciones derivadas.



CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Descripción del problema.

Los programas preventivos y de recuperación a nivel de los establecimientos de primer y segundo nivel son manejados de manera integral por el equipo de salud, los profesionales del área de rehabilitación se brinda atención a aquellos que son derivados por el facultativo médico que requiere este servicio, aun los profesionales de tecnología médica no son parte del equipo básico de salud, sino de las áreas especializadas.

A nivel internacional

Entre los cambios sociales más visibles del siglo XXI destaca el crecimiento sostenido de la PAM, un proceso que redefine las dinámicas del trabajo, las finanzas y el consumo. A la vez, este envejecimiento poblacional plantea nuevos desafíos para la organización familiar y la preservación de los lazos intergeneracionales (1). Las estimaciones indican que en 2050, de seis individuos uno a nivel global va a tener 65 años a más (16%). En otros lugares como en Europa, esta proporción aumentará a una de cada cuatro personas. Asimismo, se prevé un incremento significativo la cantidad de



sujetos que tendrán superior a 80, de 143 millones a 426 esto en el 2019 (2).

El Perú también está experimentando esta transición demográfica, donde la proporción de personas longevas incremento del 5.7% en 1950 al 13.3% en 2022. En Perú, se observa un proceso similar de cambio demográfico, con un incremento en la proporción de sujetos longevos, que pasó de 5.7% en 1950 a 13.3% en 2022 (3).

Este alto riesgo podría explicarse, en parte, por problemas físicos, sensoriales y cognitivos asociados al envejecimiento, y también porque el entorno no es apto según las necesidades de las personas longevas. (4)

El incremento en la esperanza de vida ha dado lugar a nuevas concepciones sobre el proceso de envejecimiento, en las cuales adquiere especial relevancia la experiencia de una vejez saludable desde un enfoque funcional. Esta perspectiva resulta esencial dentro de la definición contemporánea de salud en individuos longevos. La funcionalidad se entiende como la capacidad de ejecutar de forma independiente las ABVD, que comprenden seis dimensiones: el baño personal, el vestido, el uso del sanitario, el desplazamiento, la alimentación y el control de esfínteres. La conservación de esta independencia en las ABVD contribuye al mantenimiento de los patrones relacionados con la percepción de la salud, la eliminación intestinal y urinaria, el ejercicio corporal y el funcionamiento cognitivo-perceptual.

Del punto de vista del sistema sanitario, el envejecimiento poblacional ha generado un aumento valioso en la demanda de atención médica, especialmente por la prevalencia de patologías crónicas que con frecuencia

derivan en distintos grados de dependencia. Patologías como la diabetes mellitus, las afecciones cardíacas, respiratorias o el cáncer, junto con los efectos naturales de la edad, pueden reducir la autonomía de la persona adulta para ejecutar acciones básicas e instrumentales como alimentarse, descansar, movilizarse o mantener su higiene personal. En consecuencia, la evaluación de la funcionalidad se convierte en un eje central dentro de la valoración geriátrica y gerontológica, ya que orienta la labor del equipo sanitario en especial del personal de enfermería hacia una atención integral que priorice la preservación de la independencia y el estilo de vida (5).

A nivel nacional

Como parte del transcurso de la decadencia en nuestro país, la población longeva ha crecido del 5.7% en 1950 al 13.3% en 2022 (3).

De acuerdo con un informe del INEI del segundo trimestre de 2021, el 39.1% de las viviendas peruanos incluían al menos una persona mayor de 60 años. En las aldeas, esta proporción ascendía al 42.6. (6)

A nivel local

En Puno, la información del año 2017 muestran que la población adulta mayor superó por primera vez a la población infantil (menores de seis años). Este grupo crece de manera sostenida, con una tasa anual de 2,3 % entre 1993 y 2017, favorecido por el acrecentamiento de la esperanza de vida, que alcanzó los 74 años y se proyecta a 80 para el 2050. En ese horizonte, los adultos mayores representarían el 17 % de la población regional. Este incremento poblacional generará mayores exigencias en sectores como salud, así como la necesidad de comprender el papel de la familia en el

cuidado de los adultos mayores frágiles o vulnerables, especialmente aquellos con mayor carga de enfermedad. En la provincia de Lampa, donde predomina la actividad agrícola y ganadera, los adultos mayores mantienen un arraigo familiar significativo, aspecto que fundamenta el interés y la pertinencia de la presente investigación. A continuación presentamos las preguntas:

Formulación del planteamiento del problema

1.1.1. Problema General

PG: ¿Cuál es la capacidad funcional que está relacionado con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024?

1.1.2. Problemas Específicos

PE1. ¿Cuáles son las actividades básicas que está relacionado con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano?

PE2. ¿Cuáles son las actividades instrumentales que está relacionado con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano?

PE3. ¿Cuál es el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano?

1.2. JUSTIFICACIÓN

1.2.1. Justificación Teórica.

Las proyecciones demográficas muestran un aumento sostenido de la población longeva, considerada un grupo en situación de vulnerabilidad por

su alta probabilidad de sufrir afectaciones, así como en la salud como también en el nivel de vida. En el caso del departamento de Puno, esta realidad adquiere mayor relevancia al tratarse de una región con elevados índices de pobreza, donde numerosas familias incluyen adultos mayores que requieren atención específica. El estudio de esta población constituye un desafío constante y, a la vez, una fuente de conocimiento sobre los procesos biológicos y sociales asociados al envejecimiento, fenómeno que ha cobrado protagonismo en los últimos años respecto al incremento de vida al nacer. Dicho proceso se configura hoy como un problema de salud pública, pues la transformación de la pirámide poblacional refleja un incremento de los adultos mayores frente a la reducción de otros grupos etarios. Sin embargo, los gobiernos aún muestran limitaciones para responder adecuadamente a las implicancias sanitarias de este cambio, lo que hace necesario profundizar en el análisis del envejecimiento desde perspectivas interdisciplinarias (7, 8).

1.2.2. Justificación Practica

El trabajo que realiza la enfermera en medio de diversos sectores de salud y niveles de atención, a través de las prestaciones de servicios tipo consulta externa, así como dentro de las estrategias del adulto mayor ya que en medio de su trabajo de prevenir y promocionar, es el profesional que de manera directa contribuye en la aplicación de estrategias de prevención de las patologías que no se transmiten y se formula las estrategias de salud que son dirigidos a orientar y permanencia de la población longeva.

La población adulta mayor en el Perú enfrenta desafíos como la exclusión del ámbito laboral, causada por cambios biológicos y físicos que disminuyen su rendimiento, afectando sus ingresos y llevándolos al sedentarismo. Sin

embargo, esta situación difiere en áreas rurales y semiurbanas, donde los adultos mayores continúan siendo jefes de familia y realizando sus actividades cotidianas, lo que les brinda un factor protector. A pesar de las restricciones en la cobertura de salud, ellos se preocupan por cuidar su salud (9).

1.2.3. Justificación Metodológica

La población adulta mayor tiene características particulares como grupo poblacional en nuestro país, surge la necesidad de conocer su condición de la capacidad funcional para llevar acabo diferentes actividades en la mayoría sin la supervisión de su propia familia que lo puede conducir a caídas las que pueden generar otras consecuencias por lo que el presente trabajo utilizara metodologías fundamentales en la valoración correlacional entre las variables.

1.3. OBJETIVOS.

1.3.1. Objetivo General.

OG: Determinar la capacidad funcional y su relación con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.

1.3.2. Objetivos Específicos

OE1. Evaluar las actividades básicas que está relacionado con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano

OE2. Identificar las actividades instrumentales que está relacionado con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano.



OE3. Valorar el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2023.

1.4. HIPÓTESIS

1.4.1. Hipótesis General

HG: La capacidad funcional que está relacionado con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024 son de las actividades básicas e instrumentales.

1.4.2. Hipótesis Específicas.

HE1. La capacidad funcional en actividades básicas que está relacionado con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano son la: alimentación, continencia, deambulación uso sanitario, vestido, aseo

HE2. La capacidad funcional en actividades instrumentales que está relacionado con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano son: Preparación de Comidas, limpiar hogar, ir de compras, usar teléfono, usar transporte público, tomar medicamentos, manejo de asuntos económicos

HE3. El riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano es de mediano a alto.

1.5. VARIABLES

Variable 1: Capacidad funcional: actividades físicas y actividades instrumentales.

Variable 2: Riesgo de caídas



1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍA
VARIABLE 1. 1. CAPACIDAD FUNCIONAL	1.1. Actividades Básicas	1.1.1. Edad	a. 60 a 69 años b. 70 a 79 años c. 80 a mas
		1.1.2. Genero	a. Femenino b. Masculino
		1.1.3. Alimentación	a. Funcional o Independiente b. Parcialmente dependiente c. Dependiente
		1.1.4. Continencia	a. Funcional o Independiente b. Parcialmente dependiente c. Dependiente
		1.1.5. Deambulaci3n	a. Funcional o Independiente b. Parcialmente dependiente c. Dependiente
		1.1.6. Uso sanitario	a. Funcional o Independiente b. Parcialmente dependiente c. Dependiente
		1.1.7. Vestido	a. Funcional o Independiente b. Parcialmente dependiente c. Dependiente
		1.1.8. Aseo	a. Funcional o Independiente b. Parcialmente dependiente c. Dependiente
	1.2. Actividades instrumentales	1.2.1. Preparaci3n de Comidas	a. Organiza, compra y prepara todo el alimento b. Prepara todo el alimento con insumos adquiridos c. Prepara los alimentos con apoyo d. Le preparan el alimento
		1.2.2. Limpiar Hogar	a. Limpia toda la casa solo (a) b. Limpia su ambiente /cuarto c. Realiza limpieza con apoyo d. No realiza la limpieza
		1.2.3. Ir de compras	a. Realiza todas las compras b. Pequeñas compras c. Va acompa1ado de compras d. No va de compras
		1.2.4. Usar tel3fono	



		1.2.5. Usar transporte publico 1.2.6. Tomar medicamentos. 1.2.7. Manejo de asuntos económicos	a. Utiliza todo el celular llamadas y red b. Llama y recepción de llamadas c. Solo recepciones llamadas d. No utiliza el celular a. Hace uso de transporte publico solo b. Utiliza acompañado transporte publico c. No utiliza transporte publico a. Toma solo el medicamento y en sus horarios b. Toma los medicamentos que le dan c. Toma siempre supervisado a. De forma independiente b. Con ayuda de familia c. No maneja su economía
Variable 2. 2. Riesgo de caídas	2.1. Riesgo en adulto mayor	2.1.1. Valoración del riesgo de caídas	a. Riesgo bajo menor 5 pts b. Riesgo medio 6 a 10 pts c. Riesgo alto mayor 11 pts.



CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. A nivel internacional.

Hernández, (10) realizó un estudio en México, con el propósito de determinar el nivel de funcionalidad, el estado de salud y los factores de riesgo vinculados a los desplomes en el entorno doméstico. Se trató de una investigación descriptiva y transversal, aplicada a 364 sujetos longevos de 65 años o más. Los hallazgos evidenciaron que el 55,5 % de los participantes eran féminas y el 44,4 % trabajadoras del hogar. La mayoría tenía entre 65 y 69 años, 67,3 % residía en zonas urbanas, 47,5 % contaba con SIS y 55,2 % convivían. En cuanto a la funcionalidad, el 57,7 % no dependían de nadie para llevar acabo sus actividades del día. Asimismo, 47,8 % había sufrido en ocasiones caída durante los 6 meses últimos, principalmente adentro de la casa (75 %), seguido del patio (23 %), dormitorio (15,7 %) y en los SSHH (12 %). El 83 % presentó bajo riesgo de caída, 15,1 % riesgo medio y 2 % riesgo alto. Se observó mayor incidencia de caídas en mujeres (63,2 %), especialmente en aquellas con sobrepeso (42 %) y que vivían en pareja (50,6 %). El autor concluyó que resulta necesario concientizar tanto a los adultos mayores como a sus familiares sobre los riesgos domésticos y

promover la adecuación del entorno físico del hogar, con el fin de minimizar accidentes y favorecer la salud.

Tirado, et al. (11) realizaron un estudio en México, con la finalidad de establecer la conexión existente entre el deterioro cognitivo y la probabilidad de sufrir caídas en la vejez. Fue una investigación descriptiva y correlacional, realizada mediante muestreo aleatorio simple en 220 sujetos longevos. Los resultados evidenciaron que la decadencia, como normal en el desarrollo de la vida, conlleva cambios biológicos, psicológicos y fisiológicos que pueden incrementar la vulnerabilidad del adulto mayor. Si a estos factores se suman problemas cognitivos, la probabilidad de sufrir una caída aumenta considerablemente, convirtiéndose en un verdadero problema de salud pública. Este estudio confirma categóricamente que, cuando los problemas cognitivos se agravan, también aumenta la probabilidad de caerse.

Alcolea-Ruiz, et al. (12) desarrollaron el estudio titulado "Prevalencia del temor a caerse y factores que se asocian en sujetos longevos que habitan en el sector", realizado en Madrid, con el propósito de analizar la frecuencia del miedo a caer (MC) y los elementos que intervienen en su aparición. Se trató de un estudio descriptivo y transversal que identificó una prevalencia del 42,9 % de miedo a caer (IC 95 %: 35,5–50,2). En el análisis multivariante se determinaron como elementos que están ligados el sexo (F), el estar solo en casa, elevado riesgo de caerse, presencia de fragilidad, uso de hipotensores y antecedentes de lesiones por caídas previas. Los autores concluyeron que el miedo a caer representa un problema de salud frecuente entre las personas mayores, y recomendaron a los profesionales de atención

primaria incorporar de forma sistemática el cribado de este riesgo, priorizando especialmente a quienes presentan los factores antes mencionados.

Fernández, et al. (13) realizado en el hogar de ancianos "Lidia Doce" de Bayamo (Cuba), evaluó la efectividad de un programa de movimientos corporales en la prevención de caídas. A través de un diseño cuasi-experimental y longitudinal, la intervención combinó componentes educativos y terapéuticos, orientados a promover la movilidad y el equilibrio en personas mayores institucionalizadas. Los resultados evidenciaron que las personas longevas que no realizaban ejercicios presentaban una mayor incidencia de caídas (56,4 %), mientras que, tras el programa, más de una cuarta parte (26,3 %) dejó de presentar riesgo alguno. El estudio sugiere que la actividad física regular no solo fortalece la capacidad funcional, sino que también mejora la autopercepción de estabilidad y seguridad, elementos claves para un envejecimiento saludable.

Campiño, et al. (14) en Santiago de Chile, desarrollaron un estudio descriptivo, transversal y correlacional, con la finalidad de caracterizar los elementos físicos y cognitivos asociados al riesgo de caídas en adultos mayores residentes en un hogar. Participaron 36 personas, evaluadas mediante las escalas de Downton, Barthel, Pfeiffer y Tinetti. Los hallazgos mostraron que la totalidad de los participantes (100 %) presentaba riesgo de caída, vinculado principalmente con niveles elevados de dependencia, alteraciones en el equilibrio y la marcha, uso simultáneo de múltiples fármacos y coexistencia de varias comorbilidades. Los investigadores

concluyeron que la identificación temprana de estos factores permite implementar estrategias personalizadas de intervención para mejorar la movilidad y promover la autonomía funcional del adulto mayor.

2.1.2. A nivel nacional

El estudio de **Silva-Fhon, et al.** (15), desarrollado en un hospital público de Lima, tenía la finalidad de identificar las causas y los elementos que se asocian a las caídas en adultos mayores. Se llevo un estudio transversal y descriptivo con 183 participantes, aplicando análisis de estadística descriptiva y razón de momios para estimar el riesgo. Las caídas ocurrieron en el 24% de los casos, siendo la sala de estar, el dormitorio y la calle los lugares más comunes. De estos casos, el 9,1% requirió atención hospitalaria, mientras que el 59,1% resultó en algún tipo de lesión. ¿La principal consecuencia? Las personas terminaron con dificultades para moverse, con miedo a volver a caerse o necesitando un nuevo lugar para vivir. En resumen, el estudio subraya que las caídas tienen múltiples causas y que es fundamental que los profesionales de la salud reciban una formación sólida para detectarlas a tiempo y prevenirlas.

Mera, (16) Realizado en el ESSALUD (Lima), tuvo como objetivo analizar el riesgo de caídas y la capacidad funcional en adultos mayores internados en los servicios de medicina y emergencia. Se aplicó un diseño cuantitativo, descriptivo, no experimental y transversal, con 156 participantes en edades superior a 60. Se evidenció que el 64,7 % de los tratados eran hombres, y el 98,1 % presentaba fuerte riesgo de desplomes. En cuanto al nivel de funcionalidad, el 56,4 % mostró sumisión rígida, el 28,8 % modesta, el 10,9



% total y el 3,8 % escasa. Los resultados sugieren a medida que haya una dependencia elevada funcional, hay más probabilidad de caerse, lo que muestra cuan importante es fortalecer las estrategias de cuidado y rehabilitación funcional dentro del entorno hospitalario.

En un esfuerzo por comprender mejor la realidad de los adultos mayores, **Hernández y Altamirano (17)** estudiaron en 2021 en un albergue de Lima-Sur. Su objetivo era describir detalladamente la capacidad funcional de las poblaciones. Adoptando un enfoque cuantitativo transversal/descriptivo, los investigadores recopilaron datos de 115 participantes. Los resultados revelaron una imagen diversa: si bien el promedio de edades de la población era de 79 años y la mayoría eran hombres (55.7%), sus niveles de capacidad funcional variaban considerablemente. Aunque un 40.9% demostró independencia, un significativo 32.2% enfrentaba dependencia total. Los niveles restantes se distribuían entre dependencia insuficiente (10.4%), rígida (8.7%) y sobria (7.8%). Al analizar las actividades diarias, se observó que la mayoría podía comer de forma independiente (87.7%), pero la capacidad para lavarse y vestirse era menos común (60%). Llama la atención que la mayoría requería asistencia para arreglarse (61.7%). En cuanto al control de esfínteres, la continencia normal era predominante (63.5% para deposiciones y 55.7% para micción). La independencia también se extendía al uso del retrete y al traslado (59.1%), así como a la capacidad de deambular (57.4%). Sin embargo, subir escaleras representaba un desafío para muchos (solo un 47.8% era independiente). En resumen, el estudio destaca la heterogeneidad en la capacidad funcional de las personas

longevas en el albergue, con una mezcla de independencia y diversos grados de dependencia.

En un esfuerzo por entender mejor los componentes que intermedian en la seguridad de los adultos mayores, **Porro (18)** llevó a cabo una investigación en 2020 en la institución que presta servicios de salud pro-vida – Magdalena. La finalidad central fue analizar la relación entre la actividad física y el riesgo de caídas en esta población. Mediante un método cualitativo, prospectivo y correlacional, este estudio incluyó a 80 adultos mayores. Resulta que el 51,1% de las personas con poca actividad física presentaban un riesgo considerable de caídas. Otro dato relevante es que el 55,0% de las personas menores de 69 años alcanzaban altos niveles de actividad física, mientras que las mujeres representaban el 68,9% de quienes no realizaban mucha actividad física. En cuanto al riesgo de caídas, el 51.9% de las personas longevas entre 70 y 78 años presentaban un alto riesgo, y este riesgo era particularmente elevado en las mujeres, alcanzando un 77.8%. En conclusión, el estudio manifiesta que las mujeres adultas mayores tienden a tener un nivel de actividad física más bajo, lo que las expone a un mayor riesgo de caídas.

2.1.3. A nivel regional

Con el propósito de profundizar en el conocimiento sobre los desafíos que enfrentan los adultos mayores en su vida diaria, **Quispe, (19)** llevó una investigación en 2020 en el Centro de Salud La Revolución, en Juliaca. El objetivo central fue analizar la correlación entre el síndrome de caídas y la capacidad funcional en esta población. Estudio cuantitativo y no

experimental, descriptivo-correlacional, el estudio involucró a 46 adultos mayores. Determinaron que el 63,0% de las personas que recibían ayuda presentaban un alto riesgo de caídas, mientras que el 30,4% tenía un riesgo medio y solo el 6,5% se encontraba en el grupo de bajo riesgo. En cuanto a la capacidad funcional, el 45,7% tenía un nivel moderado de discapacidad, el 41,3% tenía una discapacidad grave y solo el 13,0% no se veía afectado en absoluto. Sinceramente, los datos indican que el síndrome de caídas tiene una relación significativa y estadísticamente fuerte con el funcionamiento de los adultos mayores en el Centro de Salud La Revolución, lo que apunta a que quienes tienen mayor riesgo de caídas suelen tener una menor capacidad funcional.

En un esfuerzo por aportar evidencia sobre los beneficios del movimiento en la salud de las personas longevos, **Luna, (20)** hizo un estudio en 2022 en el Centro de Salud Acora. El objetivo principal era analizar la relación entre la actividad física y la capacidad funcional en este grupo de personas. Se utilizó un enfoque cuantitativo, con un estilo de instantánea y un toque experimental, centrándose en la actividad física relacionada con el transporte. Sorprendentemente, el 52,50 % de los adultos mayores realizaban actividades físicas relacionadas con el transporte a un ritmo moderado, el 32,50 % a un nivel alto y solo el 15 % las mantenían a un nivel bajo. En definitiva, el estudio deja bastante claro que a los adultos mayores no les preocupa demasiado la actividad relacionada con el transporte y demuestra que existe cierta relación entre mantenerse activo y la capacidad funcional.

Buscando comprender con mayor profundidad las consecuencias del abandono familiar en las personas mayores, **Apaza, (21)** desarrolló un estudio en el Centro de Salud Santa Adriana, en Juliaca. Su propósito fue analizar cómo la falta de apoyo familiar repercute en la calidad de vida de las personas longevas. Con un enfoque cuantitativo y un diseño descriptivo correlacional, la investigación incluyó a 28 participantes. Los resultados fueron contundentes: más del 70% de los adultos mayores que sufrían abandono familiar presentaban una calidad de vida desfavorable. Entre las dimensiones evaluadas, se detectaron deficiencias notables en la funcionalidad física, emocional y mental, así como altos niveles de fatiga, dolor físico y percepciones negativas sobre la salud. De manera general, el estudio concluye que el abandono familiar tiene un impacto profundamente negativo en el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores ($p=0.000$).

Mamani, (22) en un esfuerzo por aportar comprobación referente a los programas sociales que contribuyen en el bienestar de las personas longevas, realizó un estudio en 2024 en el Distrito de Azángaro, centrado en el programa Pensión 65. El objetivo principal fue proponer un programa que vincule Pensión 65 con estilo de vida de las personas longevas en esta región. Empleando un enfoque cuantitativa y no experimental de carácter descriptivo y correlacional, la investigación involucró a una muestra de 304 adultos mayores beneficiarios del programa Pensión 65. Los resultados del estudio revelaron que el programa Pensión 65 tiene un efecto significativo en la calidad de vida de sus beneficiarios. Una parte importante de los adultos mayores experimentaba bienestar emocional y físico en niveles que

iban de regulares a muy altos, lo cual refleja una mejora en su percepción de satisfacción y estabilidad. En términos materiales y sociales, también se evidenció un avance notable, pues los participantes reportaron sentirse más incluidos y con mejores condiciones para ejercer sus derechos. Estos hallazgos demuestran claramente cómo el programa mejora el bienestar de las personas mayores en la comunidad. En definitiva, el estudio señala que Pension 65 no solo otorga dinero, sino que mejora la calidad de vida de los adultos mayores en Azángaro, lo que evidencia la importancia de este tipo de apoyo social para su bienestar.

Vela, (23). En un esfuerzo por aportar evidencia sobre las situaciones de vida de las personas longevos en contextos rurales andinos, realizo un estudio en Puno-2022. El propósito central fue analizar escenario social y de salud de las personas longevos en estas comunidades. La investigación abarcó un universo de 381 adultos mayores. El estudio permitió reconocer que los adultos mayores conforman el 9.48% de la población en las comunidades analizadas, con una clara mayoría de mujeres. En general, continúan viviendo en sus lugares de origen, mantienen la religión católica y están principalmente casados, aunque muchos también son viudos. Se observó que el analfabetismo afecta con mayor intensidad a las mujeres y que el quechua es la lengua más empleada en la comunicación cotidiana, mientras que los hombres utilizan con mayor frecuencia el castellano. La mayoría convive con familiares cercanos, aunque un grupo entre el 11% y el 17% afronta la vejez en soledad. Las principales fuentes de ingreso provienen del pastoreo, la agricultura y el tejido, con remuneraciones inferiores a S/. 50.00 mensuales. La mayoría de las personas viven en sus

propias casas, generalmente construidas con materiales tradicionales como paja y adobe, y no suelen sufrir de hacinamiento. En definitiva, el estudio pone de manifiesto la vulnerabilidad social de los adultos mayores en estas zonas, a pesar de sus estrechos lazos familiares y culturales.

Con el objetivo de comprender mejor los desafíos emocionales que afrontan las personas de tercera edad, **Ipanaque y Rosas (24)** llevaron a cabo un estudio en 2022 en el CIA al Adulto Mayor, en Azángaro. El propósito central fue analizar la dependencia respecto el abandono y la depresión geriátrica en esta población. Desde un punto de vista cuantitativo-no experimental de nivel correlacional-transversal, el cual involucró a 150 personal longevos. El estudio destaca que un 54.7% de las personas longevas encuestados padece un alto grado de sentimiento de abandono, contrastando con el 45.3% que presenta un nivel medio. En cuanto a la depresión geriátrica, los resultados indican que el 41.3% muestra síntomas de depresión leve, el 39.3% moderada y un preocupante 19.3% sufre de depresión establecida. Finalmente, el estudio pone de relieve que los adultos mayores que sienten mayor abandono son también los más vulnerables a padecer depresión. Este resultado resalta la importancia de fortalecer los lazos familiares y sociales para promover el bienestar emocional en la vejez.

2.2. MARCO TEÓRICO

1. Capacidad Funcional del Adultos Mayor

El acrecentamiento de la esperanza de vida, junto con los efectos naturales de la decadencia y la fragilidad física, social y psicológica, ha contribuido al incremento de las enfermedades crónico-degenerativas y de sus complicaciones. Aunque la longevidad se ha extendido, la calidad de vida no

siempre mejora en la misma medida. Sin embargo, es crucial reconocer que un envejecimiento saludable es posible, ya que este proceso de cambios orgánicos puede ser influenciado positiva o negativamente por nuestro estilo de vida. El deterioro físico, resultado del envejecimiento natural, enfermedades y hábitos de vida, puede impedir que los adultos mayores realicen actividades básicas diarias de manera independiente.

1.1. Actividades Básicas

Las AIVD ofrecen una evaluación más precisa de los primeros signos de deterioro en las personas mayores que las ABVD, ya que permiten observar cómo se desenvuelven en tareas más complejas de su vida cotidiana. Para su valoración, se utiliza principalmente la ELB. En este grupo también se incluyen las AAVD, que abarcan actividades vinculadas al ocio, la religión, el deporte, el trabajo o el transporte, reflejando así el grado de autonomía y participación social del individuo OPC 2Las AIVD son mejores que las ABVD para detectar el deterioro en sus etapas iniciales, y se evalúan principalmente con la ELB. Las AIVD incluyen las AAVD, que miden la capacidad para realizar actividades más complejas como participar en el ocio, actividades religiosas, deportes, trabajos o utilizar medios de transporte.

1.1.1 Alimentación

A lo largo del ciclo de vida, la alimentación ejerce una influencia significativa en diversas funciones orgánicas, modulada por la selección y continuidad de la ingesta de alimentos y líquidos. Respecto a las personas longevos, es esencial evaluar su estado nutricional, considerando factores dietéticos,

socioeconómicos, funcionales, mentales, psicológicos y fisiológicos. La independencia en la alimentación se define como la capacidad de ingerir alimentos con apoyo, excluyendo el preparativo de los alimentos. La dependencia se manifiesta cuando el individuo necesita asistencia para comer, no puede alimentarse por sí mismo o requiere nutrición parenteral.

1.1.2 Continencia

En los adultos mayores, la función renal disminuye, lo que lleva a un aumento de sustancias en la sangre. La disminución en la capacidad de filtración también afecta la expulsión de medicinas, aumentando el riesgo de daño renal. Asimismo, el proceso digestivo se vuelve más lento, lo que puede causar dificultades en la evacuación intestinal. Se considera independiente a la persona que tiene control total de la orina y las heces, mientras que se considera dependiente a quien presenta incontinencia o necesita ayuda para controlar la micción y la defecación, ya sea mediante enemas, sondas u otros dispositivos.

1.1.3 Deambulaci3n

La capacidad funcional se refiere al grado de autonomía para desenvolverse segun los propios deseos, tomando decisiones, asumiendo responsabilidades y pudiendo reorientar las acciones. Una persona que es capaz de realizar sus actividades cotidianas sin la necesidad de colaboraci3n de alguien se le denomina aut3nomo. Muy por el contrario, los sujetos que requieren en la realizar sus actividades apoyo, se les denomina dependientes.

1.1.4 Uso sanitario.

Para el adulto mayor, contar con un servicio sanitario seguro es fundamental, ya aminorar capacidad funcional puede aumentar el peligro de contaminación y caídas, lo que podría generar complicaciones adicionales. Se define como independiente a la persona que puede acceder al baño, sentarse y levantarse del retrete, arreglarse la ropa y realizar la higiene personal por sí misma, pudiendo utilizar cuña u orinal solo por la noche y con o sin ayudas mecánicas. Se define como dependiente a la persona que necesita asistencia para acceder al baño y utilizarlo, o que requiere el uso de cuña u orinal.

1.1.5 Vestido

La capacidad de vestirse es una necesidad fundamental que debe ser cubierta, ya que un manejo inadecuado de esta actividad puede aumentar el riesgo de resfriados y otras complicaciones. Se define como independiente a la persona que puede seleccionar la ropa del armario, vestirse, usar complementos y abrocharse los botones, excluyendo atarse los zapatos. Se define como dependiente a la persona que no puede vestirse sola o permanece parcialmente sin vestir.

1.1.6 Aseo

La piel actúa como un muro protector esencial para el cuerpo, permitiéndonos interactuar con el entorno y otras personas. Una piel que se encuentra en perfecto estado ayuda a defender de las lesiones e infecciones, además de permitirnos percibir texturas, dolor, presión y temperatura. El cuidado y la higiene adecuados de la piel contribuyen a una buena salud en

general. En los adultos mayores, la piel experimenta cambios como sequedad, arrugas, pérdida de elasticidad, fragilidad y delgadez. Además, se producen moretones con mayor facilidad, las heridas cicatrizan más lentamente, aumenta la probabilidad de infecciones, se tolera menos el frío o el calor, la piel suda menos, disminuye la sensibilidad y aumenta el riesgo de lunares nuevos con coloración, lo que puede alertar sobre un cáncer de piel. Un sujeto que realiza sus aseos sin la necesidad de ayuda se le llama autónomo. Sin embargo, un sujeto que necesita apoyo en la realización de su aseo personal se le denomina dependiente.

1.2. Actividades Instrumentales

Ante los constantes cambios tecnológicos, es común que los adultos mayores experimenten una sensación de exclusión, al percibir que no pueden adaptarse a estos avances. No obstante, es fundamental reconocer que esta marginación no es exclusiva de este grupo demográfico, ya que cualquier individuo que no se mantenga al día con estas transformaciones puede quedar al margen, independientemente de su edad. (26).

Este sentimiento de marginación puede llevar al aislamiento de muchos adultos mayores en los ámbitos laboral, familiar y social, lo que dificulta su comunicación con las generaciones más jóvenes. En ocasiones, estas generaciones no son sensibles ni valoran esta etapa de la vida, llegando incluso a considerar que la vejez no merece ser vivida.

1.2.1. Preparación de Comidas

La colaboración de las personas longevos en la preparación de alimentos es valiosa, pero las dificultades motoras y cognitivas pueden generar riesgos para su salud. Se considera independiente a quien ordena, alista y ofrece

los alimentos de manera correcta. Se considera con dependencia parcial a quien hace correctamente el alimento si es que se le da los ingredientes para su preparación y sirve, pero no sigue una dieta propicia. Se considera dependiente a quien requiere a alguien para su preparación y le atiendan los alimentos.

1.2.2. Limpiar Hogar

La presencia de una persona longeva en diversas actividades dentro del hogar no solo implica su contribución, sino que también proporciona una sensación de seguridad al hogar, disuadiendo posibles robos debido a la presencia constante de alguien en la vivienda. Aunque no siempre estén a cargo de cuidar a los infantes, muchas personas de tercera edad desempeñan roles de apoyo cruciales dentro del hogar, realizando tareas como la limpieza, el lavado y la cocina. En cuanto al mantenimiento del hogar, se pueden identificar diferentes niveles de autonomía: algunos adultos mayores mantienen la casa solos o con ayuda excepcional para tareas pesadas, otros realizan tareas domésticas ligeras como lavar platos o hacer camas, mientras que algunos pueden realizar estas tareas pero no mantener un nivel de limpieza adecuado. Finalmente, algunos adultos mayores necesitan apoyo en los que hacer del hogar o no participan en nada.

1.2.3. Ir de compras

A diferencia de las otras fases de la vida, que cuentan con roles claramente definidos, las personas longevas carecen de una definición sociocultural precisa de las diligencias específicas que les permitirían sentirse valiosos y

con reconocimiento a nivel de la sociedad, lo cual elevaría su autoestima. A pesar de esta carencia de definición, es importante que las personas de tercera edad busquen realizar trabajos con los que se identifiquen ellos, incluso sin la garantía de reconocimiento social. Se define como independiente a la persona que realiza todas las compras necesarias independientemente. Se define con dependencia parcial a la persona que realiza independientemente pequeñas compras. Se define como dependiente a la persona que requiere ir acompañada para adquirir algo en el mercado o simplemente no puede realizar la compra solo.

1.2.4. Usar teléfono

Con el paso del tiempo, el oído externo tiende a acumular cerumen, lo que dificulta la audición. Además, el tímpano se adelgaza y pierde elasticidad, reduciendo su capacidad para conducir adecuadamente los sonidos. Estos cambios suelen provocar cierto grado de pérdida auditiva, principalmente para los sonidos de baja frecuencia. Por lo tanto, la capacidad de los adultos mayores para usar un teléfono depende no solo de su audición, sino también de su control motor y sus capacidades mentales.

Utiliza el teléfono de manera independiente: realiza llamadas.

Puede llamar a familiares.

Solo logra responder llamadas, sin capacidad para marcarlas.

No usa el teléfono.

1.2.5. Usar transporte público

A lo largo del envejecimiento, especialmente entre los 30 y los 80 años, el cuerpo humano pierde entre el 30% y el 40% de su masa muscular. Este

proceso acelera la reducción de la fuerza, la movilidad y la capacidad de reacción, además de afectar los mecanismos de reparación de músculos, tendones y ligamentos. Por esta razón, la posibilidad de usar transporte público está estrechamente vinculada con el estado físico y musculoesquelético de cada persona mayor.

Se desplaza solo(a) en transporte público o conduce su propio vehículo.

Puede utilizar un taxi, pero no otros medios.

Viaja en transporte público únicamente si está acompañado(a).

Solo usa el taxi o el coche con apoyo de otros.

No realiza desplazamientos por ningún medio.

1.2.6. Tomar medicamentos.

Entre los cambios cognitivos asociados al envejecimiento, se pueden observar dificultades en el discernimientos fluida o veloz, pero no en la inteligencia cristalizada, que se da a lo largo del ciclo de vida. Dado que el CI no parece disminuir según la edad transcurrida, la capacidad de asumir la responsabilidad de un tratamiento farmacológico, en cuanto a la toma de medicamentos, estaría relacionada con el área cognitiva. Se considera independiente al individuo que ingiere medicamentos según la dosis y la hora indicada sin apoyo alguno. Se considera con dependencia parcial a quien ingiere el medicamento siempre en cuando que se lo preparen con anticipado y dosis indicadas. Se considera dependiente a quien no puede ingerir o administrar por si solo los medicamentos.

1.2.7. Manejo de asuntos económicos

En algunos adultos mayores, se puede observar una disminución en la apreciación, razonamiento e integración de la inquisición sensorial, así como

una depreciación de la memoria y pérdida de la adquisición de habilidades. Sin embargo, estas transformaciones no se presentan en todas las personas longevas, ya que un grupo diverso mantiene sus funciones ductos y cognitivas, manteniendo el interés en diversos asuntos, incluyendo el manejo de asuntos económicos. Se considera independiente a quien maneja su economía sin la necesidad de contar con apoyos, presupuestando, rellenando cheques, pagando recibos y facturas, y conociendo sus ingresos. Se considera con dependencia parcial al sujeto que compra diario pero que necesita ayuda en las compras en mercados grandes y retirar dinero. Se considera dependiente a quien no puede manipular la plata.

1.3. Actividades Avanzadas

1.3.1. Actividad física, pasatiempos

Últimamente, las investigaciones demuestran claramente que no moverse lo suficiente perjudica seriamente la salud, aumentando la probabilidad de enfermar e incluso reduciendo la esperanza de vida. Mantenerse físicamente activo, incluso con actividades moderadas, es especialmente beneficioso durante la adultez y la vejez, etapas en las que el cuerpo y la mente requieren mayor cuidado.

Además, la inactividad no solo afecta la salud del sujeto, también genera un impacto económico importante para las familias, las instituciones y los sistemas sanitarios. Se calcula que las personas activas generan hasta un 30% menos de gasto médico que las sedentarias. En suma, la actividad física representa una herramienta clave para vivir más y mejor, aportando bienestar físico, equilibrio emocional e integración social.

1.3.2. Recreación

En los últimos veinte años, el ejercicio corporal y deportiva se ha consolidado como un pilar importante para alcanzar una buena calidad de vida. Este reconocimiento refleja los cambios sociales que buscan un modo de vivir más equilibrado, donde las personas dispongan de tiempo para sí mismas, puedan viajar, disfrutar de la naturaleza, descansar y, sobre todo, mantenerse activas. En este contexto, el acceso al deporte se considera un derecho y una necesidad para el bienestar integral. Así, la calidad de vida se construye a partir del estilo de vida que cada persona elige, tanto en lo individual como en lo colectivo.

1.3.3. Actividades ocupacionales

Es fundamental reconocer que los adultos mayores pueden mantener una vida activa en el ámbito laboral, familiar, social, amoroso y sexual. Sin embargo, la estructura familiar ha cambiado, reduciéndose a padres e hijos y excluyendo a los abuelos. Además, existe una desconfianza hacia los conocimientos y formas de vida de las personas longevos, considerándolos obsoletos, lo que promueve una visión de la vejez como una etapa inútil y sin sentido para la sociedad. Esto afecta la visión del papel que desempeñaban los adultos mayores como educadores de generaciones. Por lo tanto, es fundamental promover la inclusión y el respeto hacia los adultos mayores, valorando su experiencia y conocimientos como un activo para la sociedad.

1.3.4. Actividades religiosas

Muchos adultos mayores continúan formando parte de organizaciones sociales o grupos de la tercera edad, mostrando independencia y buena

condición física. La OMS sostiene que la salud en la vejez debe medirse por la capacidad de las personas para desenvolverse, más que por sus limitaciones o enfermedades. Por ello, la calidad de vida en esta etapa depende en gran medida de mantener la funcionalidad y de poder participar activamente en su propio cuidado, la familia y la comunidad (27).

2. Riesgo de caídas

La caída se considera un signo geriátrico que se origina por diversos factores y representa un importante problema de salud pública debido a sus secuelas físicas, sociales-psicológicas (29). Se define como todo acontecimiento involuntario que produce la pérdida del equilibrio y, en consecuencia, el contacto del cuerpo con el suelo o con una superficie firme (30).

La caída, según la CIE-10, se reconoce como un evento externo (códigos W00-W19) que incluye episodios desde la propia altura, de un nivel a otro o no especificados (31). Este fenómeno puede clasificarse como accidental, repetido o prolongado (33) y resulta del accionar de varios componentes. Entre las causas intrínsecas destacan la decadencia, el sexo (F), desequilibrio, anomalías crónicas etc., y el uso de múltiples fármacos (34, 35). Y causas extrínsecas, asociadas al entorno, tales como pisos resbaladizos, tapetes sueltos, ausencia de barra de apoyo para evitar caídas, muebles elevados etc. (34, 36). Las cuales ocurren generalmente durante los que hacer del día a día (37).

Con la edad, el cuerpo experimenta cambios que aumentan la probabilidad de tropezar o caer, lo que puede afectar la independencia y las actividades diarias, además de generar estrés familiar y problemas emocionales. Si identificamos estas causas, podremos brindar una mejor atención a las

personas mayores y reforzar la prevención de accidentes en el hogar. Por eso, es fundamental utilizar estrategias de prevención de caídas que aborden tanto los riesgos internos como externos para que los adultos mayores se mantengan sanos y con una vida plena.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Actividad física: alude a todo tipo de movimiento corporal que involucra el sistema musculoesquelético y genera gasto de energía.

Adulto Mayor: Se define como todo individuo que supera edades de 60. En el transcurso de esta parte de la vida, se tiene varios cambios corporales afectando varios órganos y sentidos, lo que conlleva modificaciones en las maneras de vivir del individuo. Es importante reconocer la diversidad dentro de este grupo etario y adaptar las intervenciones a las necesidades individuales. (38)

Atención integral: se define como el proceso por donde se satisfacen todas las urgencias de salud por medio de prestación de servicios continuos y de calidad, incluyendo los cuidados importantes del programa dirigido a los adultos mayores. Este enfoque busca abordar las necesidades de salud de manera holística y coordinada. (38)

Actividades básicas: Las actividades básicas son aquellas realizadas para la subsistencia, como alimentarse, asearse y movilizarse. (38)

Actividades instrumentales: Las actividades instrumentales son aquellas que se realizan para satisfacer necesidades adicionales y que a menudo involucran el uso de la tecnología (38)

Capacidad funcional: también conocida como funcionalidad, refleja la independencia de la persona para ejecutar las acciones del día a día,



garantizando que pueda realizarlas sin depender de la asistencia, guía o supervisión de otras personas (38).

Riesgo de Caídas: El riesgo de caídas se refiere básicamente a la probabilidad de que una persona sufra un accidente que le haga perder el equilibrio, y las consecuencias de esas caídas pueden ser bastante graves para las personas más vulnerables, como los adultos mayores.



CAPÍTULO III

PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

Se obtendrá información precisa en un momento específico siendo un estudio no experimental.

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Investigación básica y de tipo correlacional, y de corte transversal.

Es una investigación que busca generar conocimientos y busca la expansión del acervo de conocimiento teórico y el desarrollo de principios generales y teorías tratando de comprender la naturaleza. (39)

Es correlacionar porque a partir de la propuesta de dos variables establece una relación entre ellas y según el tiempo se interviene en un solo momento para el recojo de la información para valorar o medir las variables.

3.3. MÉTODO O MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN.

El método es de corte cuantitativo e hipotético - deductivo.

El estudio cuantitativo e hipotético-deductiva es un enfoque científico que combina el recojo y análisis de datos estadísticos con la formulación y prueba de hipótesis. Parte de una teoría general, se deriva una hipótesis específica,

se recoge evidencia empírica mediante métodos como la experimentación o las encuestas, y se analizan estadísticamente para determinar si la hipótesis se apoya o se refuta. Este método busca explicar relaciones causales y permite generalizar los resultados hasta cierto punto. (40)

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.4.1. Población.

La población de tercera edad que asisten regularmente en la estrategia del personas longevas que acuden a consulta externa del Hospital Carlos Monge Medrano durante los 3 meses de estudio considerando que en promedio asisten más de 90 mensuales son 270 aproximado en 3 meses pero se tiene un registro de +- 90 pacientes que regularmente asisten pudiendo ser mayor, con la resolución de aprobación del proyecto se solicitara por escrito mediante la oficina de capacitación la población o relación de personas longevos que van tanto por consulta externa y de la estrategia adulto mayor pudiendo variar el dato planteado.

3.4.2. Muestra: Se recolecto según la siguiente formula muestral:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

- N = Total de la población
- Z_{α} = 1.96 al cuadrado (si la seguridad es del 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)
- q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)
- d = precisión (en su investigación use un 5%).

$$n = \frac{270(1.96)^2 (0.05)(0.95)}{(0.8)^2(270 - 1) + (1.96)^2 (0.05)(0.95)}$$

Tamaño de la muestra	n	96,68
----------------------	---	-------

Fueron una población 97 adultos mayores que participaran del estudio

Criterio de inclusión:

- Personas longevos que van al Hospital Carlos Monge Medrano-Juliaca.
- Adultos mayores varones y féminas.
- Base de datos, con problemas de capacidad funcional.

Criterio de exclusión:

- Adultos mayores con historias clínicas con datos incompletos.
- Adultos mayores con registro de datos con los datos que no considera la operacionalización de variables.
- Registros con datos faltantes o incompletos.

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN EN LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

3.5.1. Técnicas

Para medir las variables se dio el uso de:

Variable 1: entrevista

Variable 2: Entrevista

3.5.2. Instrumento:

Variable 1: La ficha de entrevista de capacidad funcional

Instrumento (anexo 3)

Instrumento de la capacidad funcional valorado por el **Índice de Barthel-Escala de Lawton y Brody**. Instrumento ampliamente validado por diferentes estudios de investigación y contemplado en el VACAM en la valoración de adulto mayor del Ministerio de Salud.

FICHA TÉCNICA:

Nombre: Índice de Barthel- Escala de Lawton y Brody Versión española de la escala Lawton & Brody instrumental activities of daily living

Autor: Lawton MP, Brody EM.

Tipo de instrumento: Estructurada

Tipo de administración: hetero aplicada

Tiempo de administración: 10 a 15 minutos

Población: adultos mayores

Variable 2: Ficha de entrevista

Para valorar el riesgo de caídas elaboración propia y validado por expertos.

FICHA TÉCNICA:

Nombre: **GUÍA DE ENTREVISTA DEL RIESGO DE CAÍDAS**

Autor: Milagros Turpo Condori

Tipo de instrumento: Estructurada

Tipo de administración: hetero aplicada

Tiempo de administración: 10 a 15 minutos

Población: adultos mayores

3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS.

Se pidió el permiso mediante la oficina de capacitación en el Hospital en mención para recolectar la información correspondiente.

Se organizo con los consultorios donde asisten los adultos mayores.

Se recolecto los datos para poder vaciar en una base de datos y analizar para el vaciado y el análisis de los resultados encontrados.

Se construyo el informe final para su revisión y sustentación del trabajo de investigación.

Se coordino para la publicación de los resultados.

3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS.

La prueba estadística de chi-cuadrado se empleó para el ordenamiento, analizar e interpretar de los datos recolectados.

La información será procesada a partir de las fichas físicas de ambos instrumentos en el programa estadístico del SPSS según la fórmula siguiente:

$$\chi^2_{calc.} = \frac{\sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^k [(o_{ij} - e_{ij})^2]}{e_{ij}}$$

3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.

3.8.1. Validación.

Tres profesionales expertos en el área validaron los instrumentos antes de su aplicación.

Los instrumentos utilizados se basan en escalas con validez y confiabilidad internacional, adaptadas al contexto peruano e incluidas en la Valoración Clínica del Adulto Mayor.

El primer instrumento se encuentra validados por otras investigaciones y el segundo instrumento será validado por expertos.

3.8.2. Confiabilidad.

A fiabilidad se estableció en un 95% de certeza usando el método de alfa de Cronbach, por lo que se muestra la fórmula:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	97	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	97	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,953	16



CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El objetivo general planteado en el estudio es: Determinar la capacidad funcional que está relacionado con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital CMM, Juliaca 2024.

La capacidad funcional que está relacionado con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024 son de las actividades básicas e instrumentales, las variables analizadas fueron significativas $p < 0,05$, en tal sentido se admite la hipótesis formulada.



Tabla 1. Edad y su relación con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.

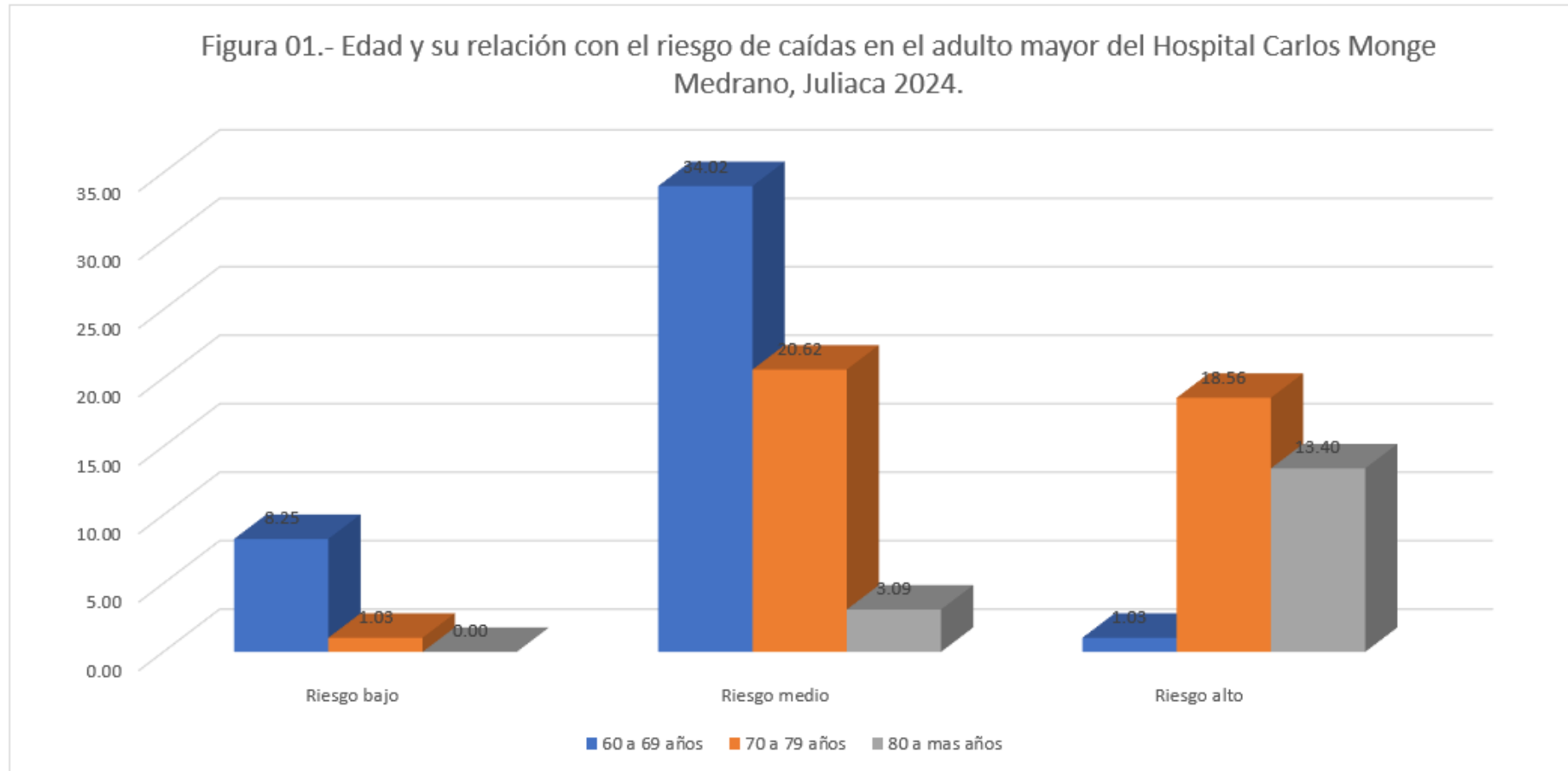
Edad del adulto mayor	Valoración del riesgo de caídas						Total	
	Riesgo bajo		Riesgo medio		Riesgo alto		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
60 a 69 años	8	8.25	33	34.02	1	1.03	42	43.30
70 a 79 años	1	1.03	20	20.62	18	18.56	39	40.21
80 a más años	0	0.00	3	3.09	13	13.40	16	16.49
Total:	9	9.28	56	57.73	32	32.99	97	100.00

Fuente: Guía de entrevista.

$X^2_{cal}= 40,624$ $p= 0,000$ $ES SIGNIFICATIVA$

$X^2_{tab}= 9,488$ $gl= 4$

Figura 1



Fuente: tabla 01.

El objetivo específico uno del estudio es: Evaluar la capacidad funcional en actividades básicas que está ligado con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital CMM.

En la tabla y figura 01, se muestra las edades de las personas longevos, en el que 43,30% tienen de 60 - 69 años, el 40,21% son edades de 70 - 79, el 16,49% sus edades superan los 80.

De la población de adultos mayores que presentan riesgo alto de caídas el 18,56% son de 70 - 79 años, el 13,40% sus edades son superior a 80, el 1,03% son de 60 - 69 años; de las personas longevos que presentan riesgo medio de caídas el 34,02% son de 60 a 69 años, el 20,62% son de 70 a 79 años y el 3,09% sus edades superan a 80.

Con un margen de error del 5%, el análisis estadístico arrojó un valor de χ^2 de 40,624, superior al valor de referencia de 9,488. Esto se logró con cuatro grados de libertad y un valor p de 0,000, por lo que los resultados son bastante claros. Parece que la edad está relacionada con el riesgo de colapso entre las personas mayores atendidas en el Hospital CMM de Juliaca en 2024.

Mera (16) llega a la conclusión de que en personas longevas cuyos edades superan a 60, son propensos a tener caídas y esto está ligado con la capacidad funcional, donde a mayor edad, mayor es el riesgo de sufrir caídas.

Hernández y Altamirano (17) encontraron que la independencia funcional es por lo general en personas longevos en adultos mayores, específicamente en los mayores de 79 años, seguida de distintos grados de dependencia: total, leve, severa y moderada.

Los resultados de este estudio son similares a estos artículos encontrados.



Tabla 2. Género y su relación con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024.

Genero del adulto mayor	Valoración del riesgo de caídas						Total	
	Riesgo bajo		Riesgo medio		Riesgo alto			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Femenino	8	8.25	49	50.52	2	2.06	59	60.82
Masculino	1	1.03	7	7.22	30	30.93	38	39.18
Total:	9	9.28	56	57.73	32	32.99	97	100.00

Fuente: Guía de entrevista.

$X^2_{cal}= 59,696$

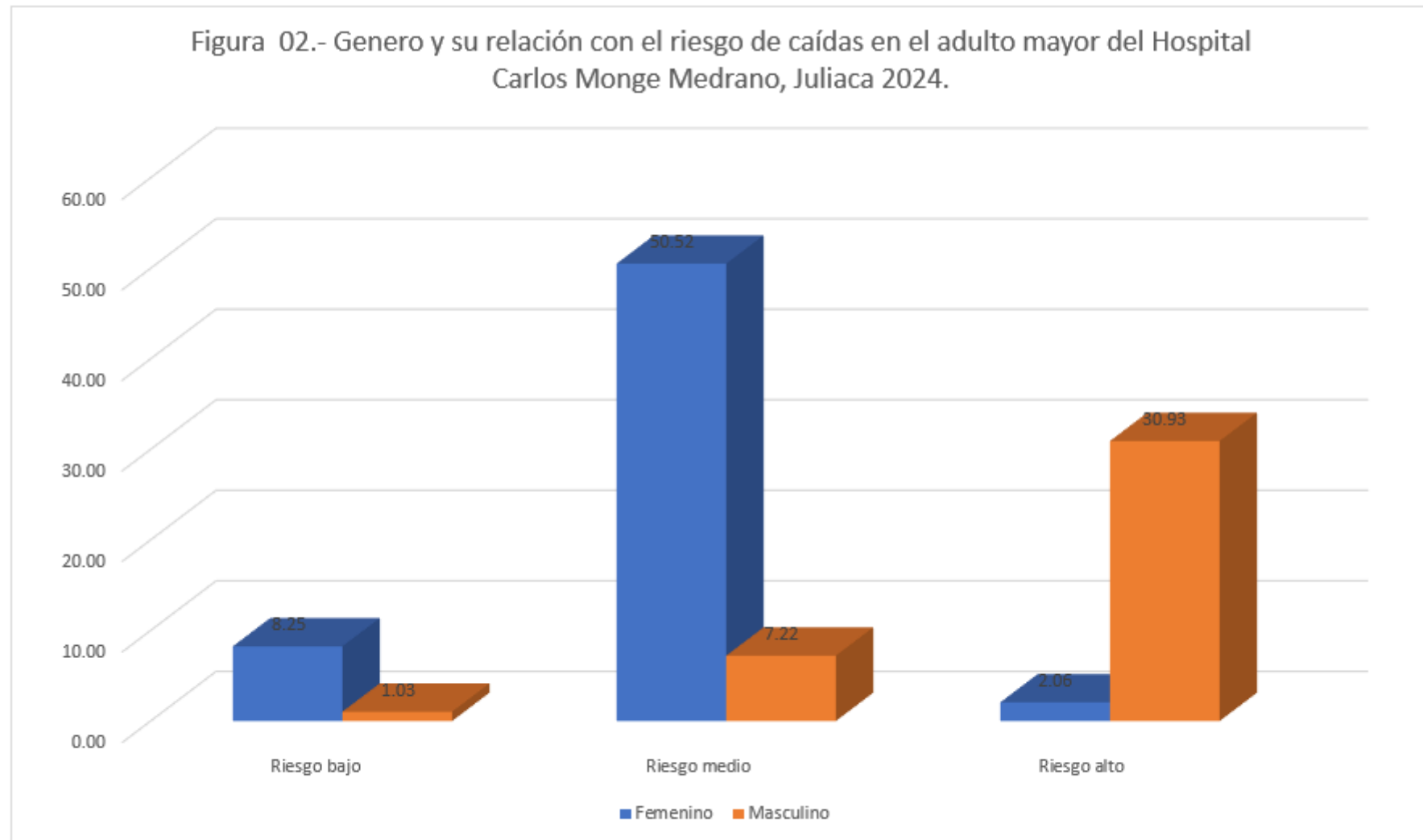
$p= 0,000$

ES SIGNIFICATIVA

$X^2_{tab}= 5,991$

$gl= 2$

Figura 2



Fuente: tabla 02.

En la tabla y figura 02, profundizamos el género del adulto mayor de los adultos mayores, donde el 60,82% son féminas, el 39,18% son varones.

De la población de adultos mayores que presentan riesgo alto de caídas el 30,93% es de género masculino, el 2,06% es de género femenino; de las personas longevos que tienen riesgo medio de caídas el 50,52% es de féminas, el 7,22% es de varones.

Con un margen de error del 5%, el análisis estadístico arrojó un valor de $X^2_{cal}=59,696$, superior al valor de $X^2_{tab}=5,991$. Esto se logró con $gl=4$ y un valor p de 0,000, por lo que los resultados son bastante claros.

Mera (16) el estudio reveló que, en la muestra de personas longevas, el 35.3% fueron féminas y el 64.7% hombres. En relación al riesgo de caídas y la capacidad funcional, se observó una mayor prevalencia de dependencia severa y moderada, así como un alto riesgo de caídas, especialmente en hombres.

Los resultados de **Hernández y Altamirano (17)** indicaron una predominancia del sexo masculino (55.7%) en su muestra. En cuanto a la capacidad funcional, en su totalidad los participantes eran independientes (40.9%), seguidos por dependencia total (32.2%), dependencia escasa o leve (10.4%), dependencia severa (8.7%) y dependencia moderada (7.8%). En contraste, nuestro estudio reveló una mayor proporción de mujeres adultas mayores. Esta diferencia podría estar relacionada con el contexto del estudio de Hernández y Altamirano (17), que se realizó en casas de retiro, donde es posible que haya una mayor concentración de hombres debido a factores sociales y culturales.



Tabla 3. Alimentación y su relación con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024

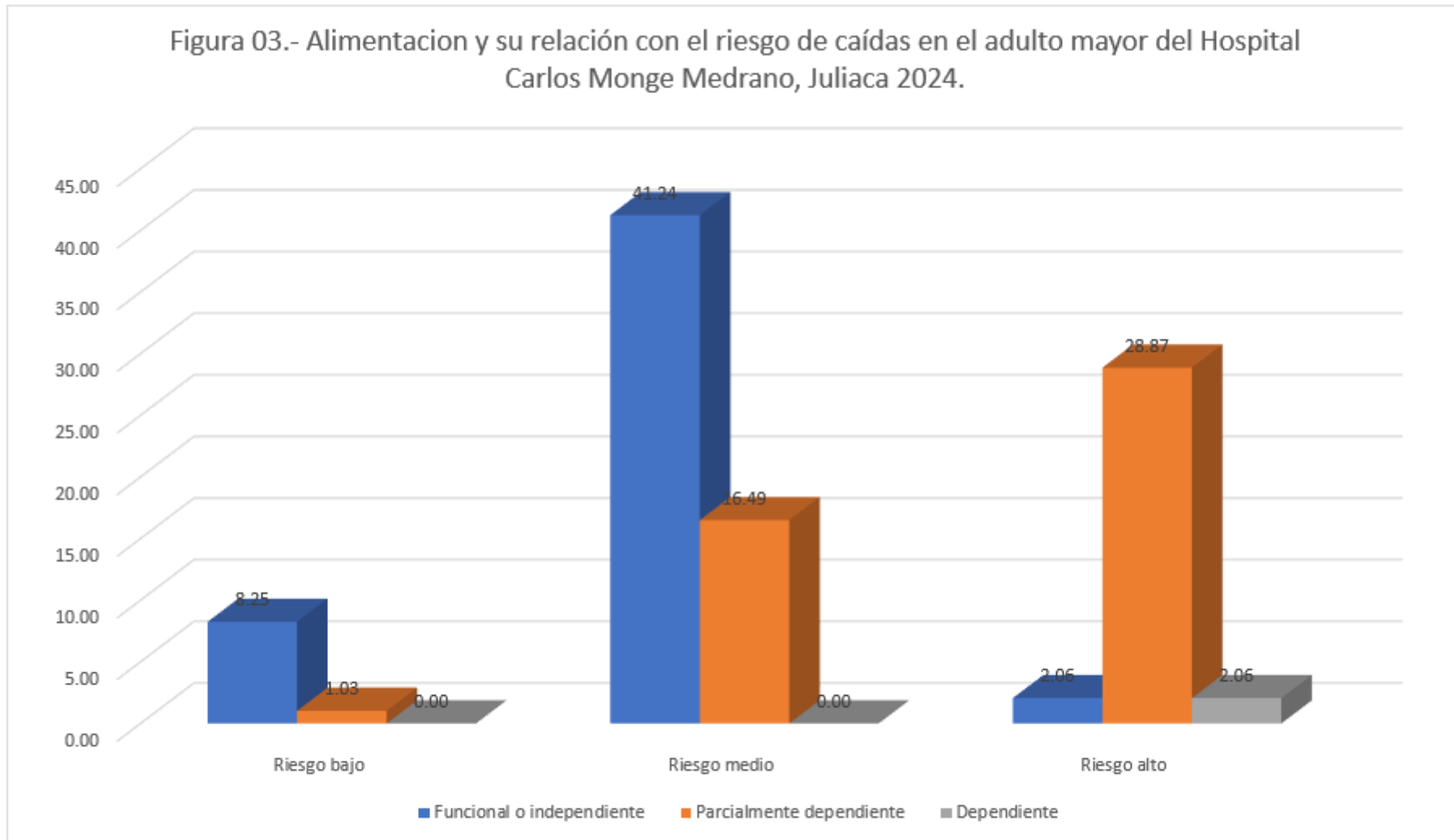
Alimentación del adulto mayor	Valoración del riesgo de caídas						Total	
	Riesgo bajo		Riesgo medio		Riesgo alto			
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
Funcional o independiente	8	8.25	40	41.24	2	2.06	50	51.55
Parcialmente dependiente	1	1.03	16	16.49	28	28.87	45	46.39
Dependiente	0	0.00	0	0.00	2	2.06	2	2.06
Total:	9	9.28	56	57.73	32	32.99	97	100.00

Fuente: Guía de entrevista.

$X^2_{cal}= 41,434$ $p= 0,000$ $ES SIGNIFICATIVA$

$X^2_{tab}= 9,488$ $gl= 4$

Figura 3



Fuente: tabla 03.

En la tabla y figura 03, se visualiza la alimentación de las personas longevas, donde el 51,55% tiene una alimentación funcional o independiente, el 46,39% tiene una alimentación parcialmente dependiente, el 2,06% tiene una alimentación dependiente

De la población de adultos mayores que presentan riesgo alto de caídas el 28,87% tiene una alimentación parcialmente dependiente, el 2,06% tiene una alimentación dependiente, el 2,06% tiene una alimentación funcional o independiente; de las personas longevos

que presentan riesgo medio de caídas el 41,24% tiene una alimentación funcional o independiente, el 16,49% tiene una alimentación parcialmente dependiente.

Con un margen de error del 5%, el análisis estadístico arrojó un valor de $X^2_{cal}=41,434$, superior al valor de $X^2_{tab}=9,488$. Esto se logró con $gl=4$ y un valor p de 0,000, por lo que los resultados son bastante claros.

Hernández y Altamirano (17) En cuanto a las dimensiones evaluadas, se evidencio que en su mayoría las personas en edad adulta eran totalmente independientes para comer (87.7%). En lavarse y vestirse, predominó la independencia (60%). Sin embargo, en arreglarse, la mayoría eran dependientes (61.7%). En cuanto a las deposiciones, la mayoría presentaba continencia normal (63.5%). En general, la capacidad funcional predominante fue la independencia.

Las proyecciones de la OMS hacen sus proyecciones es de que el adulto mayor tenga dependencia inclusive a los 80 años, debido a las mejoras en la ciencia, la tecnología puesto que cada vez los adultos mayores llegan en mejores condiciones físicas y mentales a la etapa adulto mayor.



Tabla 4. Continencia y su relación con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024

Continencia	Valoración del riesgo de caídas						Total	
	Riesgo bajo		Riesgo medio		Riesgo alto			
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
Funcional o independiente	8	8.25	38	39.18	2	2.06	48	49.48
Parcialmente dependiente	1	1.03	15	15.46	28	28.87	44	45.36
Dependiente	0	0.00	3	3.09	2	2.06	5	5.15
Total:	9	9.28	56	57.73	32	32.99	97	100.00

Fuente: Guía de entrevista.

$X^2_{cal}= 38,388$

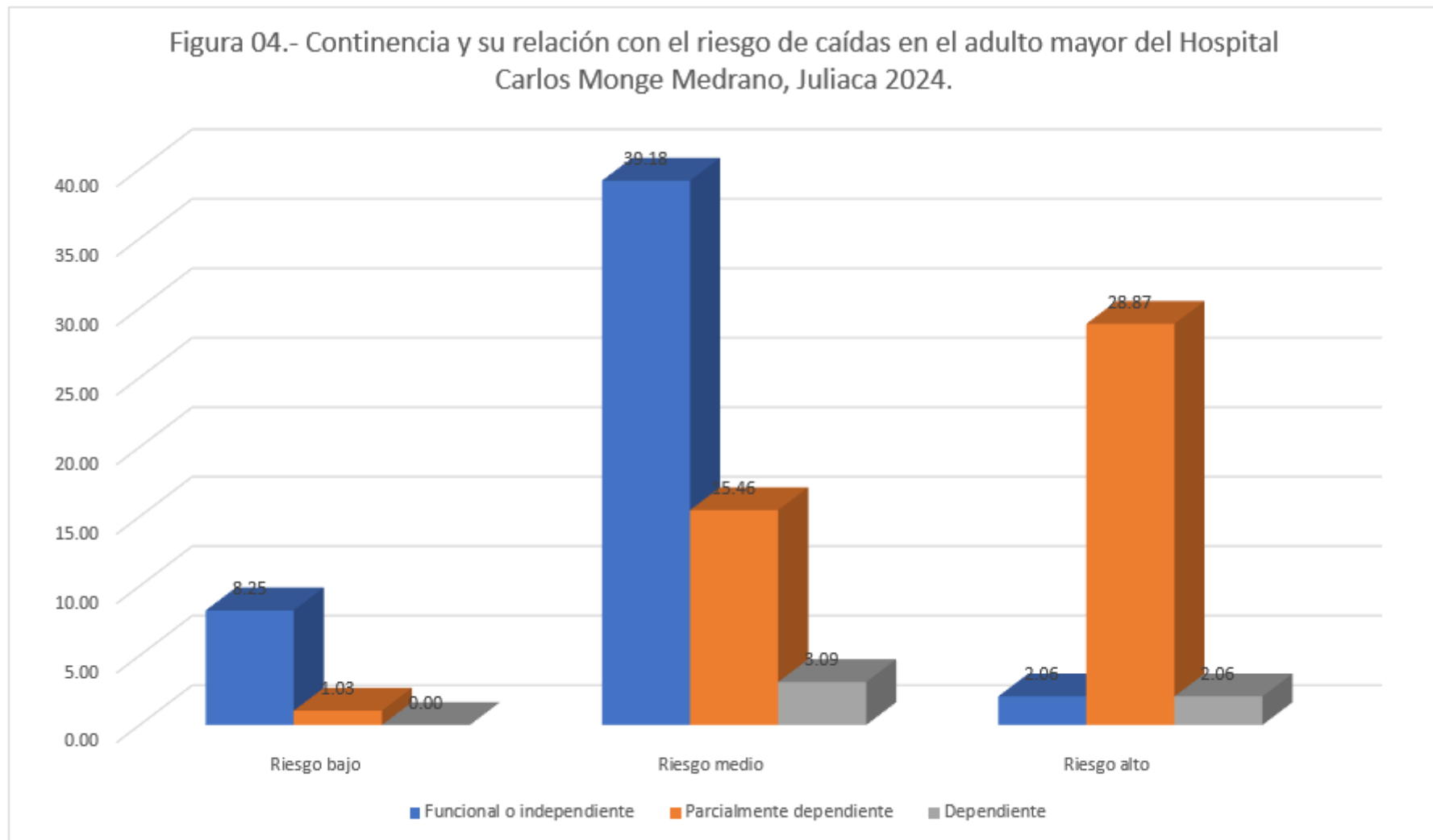
$p= 0,000$

ES SIGNIFICATIVA

$X^2_{tab}= 9,488$

$gl= 4$

Figura 4



Fuente: tabla 04.

En la tabla y figura 04, examinamos la continencia de los adultos mayores, donde el 49,48% refiere funcional o independiente, el 45,36% refiere parcialmente dependiente, el 5,15% refiere dependiente

De la población de adultos mayores que presentan riesgo alto de caídas el 28,87% refiere parcialmente dependiente, el 2,06% refiere dependiente, el 2,06% refiere funcional o independiente; de las personas longevos que presentan riesgo medio de caídas el 39,18% refiere funcional o independiente, el 15,46% refiere parcialmente dependiente, el 3,09% refiere dependiente

Con un margen de error del 5%, el análisis estadístico arrojó un valor de $X^2_{cal}=38,388$, superior al valor de $X^2_{tab}=9,488$. Esto se logró con $gl=4$ y un valor p de 0,000, por lo que los resultados son bastante claros.

Porro (18) concluyó que el 51.1% de los adultos mayores con baja actividad física presentan elevado riesgo de desplomes. Además, el 55.0% de la población de 69 años o menos poseen actividad corporal alto, mientras que el 51.9% del grupo de edad entre 70 y 78 años poseen elevado peligro de caerse. Finalmente, el 77.8% de las mujeres adultas mayores presentan un alto riesgo de caídas.

Fernández et al. (13) concluyeron que el 56.4% de las personas longevos que tenían caídas no hacían actividades corporales. Este hallazgo se basa en un estudio llevado en el hogar de ancianos "Lidia Doce".

A mayor edad en los adultos mayores disminuye la actividad física y por lo tanto, incrementa los riesgos de caídas en el adulto mayor, la disminución de la energía, los riesgos en el hogar y todos los peligros se incrementan a mayor edad de las personas adultos mayores.

Tabla 5. Deambulaci3n y su relaci3n con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024

Deambulaci3n	Valoraci3n del riesgo de caídas						Total	
	Riesgo bajo		Riesgo medio		Riesgo alto			
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
Funcional o independiente	8	8.25	40	41.24	1	1.03	49	50.52
Parcialmente dependiente	1	1.03	15	15.46	29	29.90	45	46.39
Dependiente	0	0.00	1	1.03	2	2.06	3	3.09
Total:	9	9.28	56	57.73	32	32.99	97	100.00

Fuente: Guía de entrevista.

$$X^2_{cal}= 43,869$$

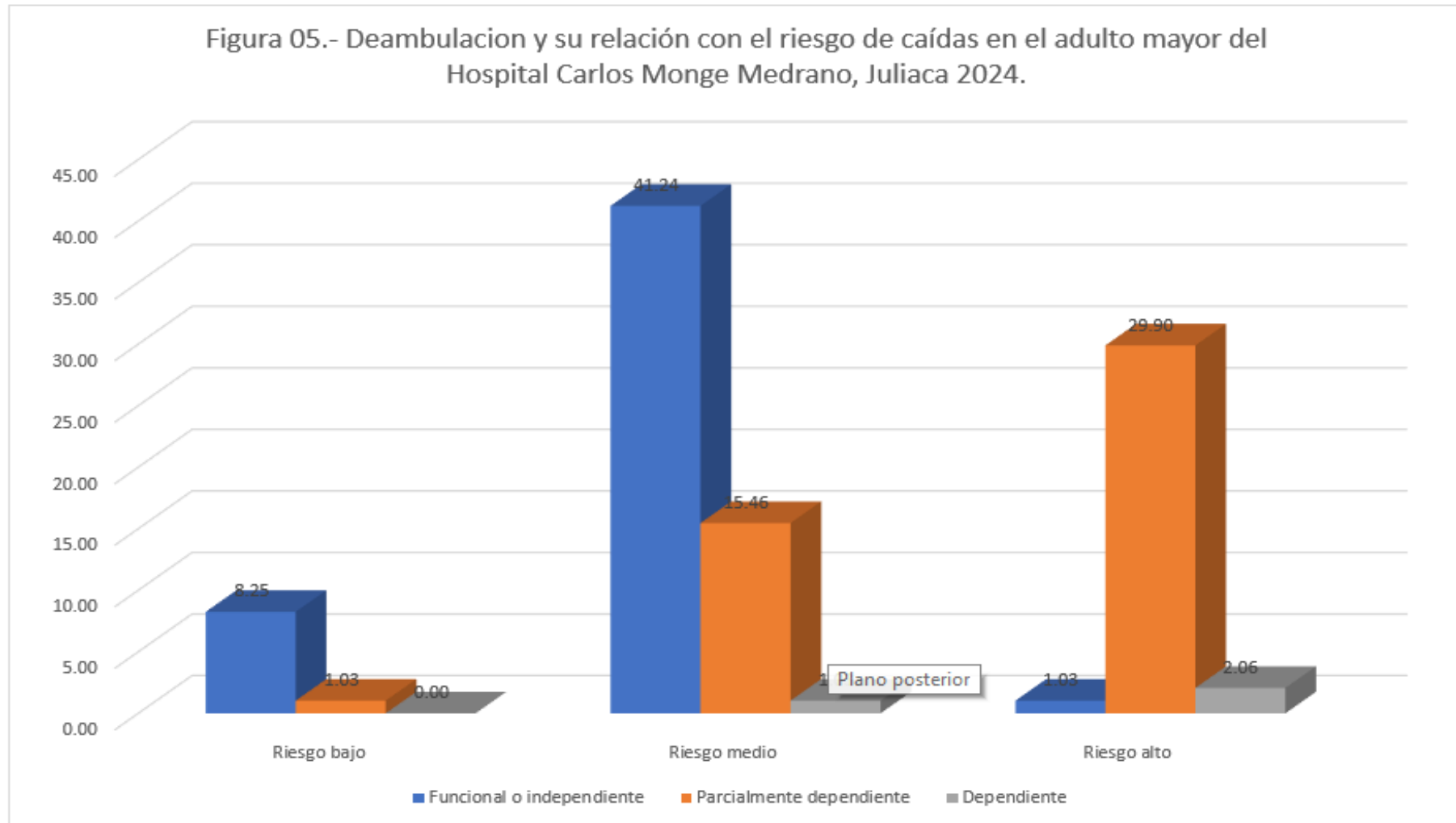
$$p= 0,000$$

ES SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab}= 9,488$$

$$gl= 4$$

Figura 5



Fuente: tabla 05.

En la tabla y figura 05, estudiamos la deambulaci3n de los adultos mayores, donde el 50,52% refiere funcional o independiente, el 46,39% refiere parcialmente dependiente, el 3,09% refiere dependiente

De la poblaci3n de adultos mayores que presentan riesgo alto de caídas el 29,90% refiere parcialmente dependiente, el 2,06% refiere dependiente, el 1,03% refiere funcional o independiente; de las personas longevos que presentan riesgo medio de caídas el 41,24% refiere funcional o independiente, el 15,46% refiere parcialmente dependiente, el 1,03% refiere dependiente.

Con un margen de error del 5%, el análisis estadístico arrojó un valor de $X^2_{cal}=43,869$, superior al valor de $X^2_{tab}=9,488$. Esto se logró con $gl=4$ y un valor p de 0,000, por lo que los resultados son bastante claros.

Silva-Fhon et al. (15) la frecuencia de caídas fue del 24%, ocurriendo principalmente en la sala, la habitaci3n y la calle. Del total, el 9.1% fue hospitalizado y el 59.1% sufrió heridas, mientras que las consecuencias incluyeron dificultades para caminar, miedo a nuevas caídas y cambios de domicilio.

Mera (16) encontr3 que el 98.1% de los adultos mayores presentaba alto riesgo de caídas y el 1.9% bajo riesgo. Respecto a la funcionalidad, el 56.4% mostr3 depender severamente, el 28.8% templada, el 10.9% total y el 3.8% insuficiente. Adem3s, la deambulaci3n disminuye con la edad, hallazgo que concuerdan con los datos obtenidos de nuestra investigaci3n.

Tabla 6. Uso sanitario y su relación con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024

Uso sanitario	Valoración del riesgo de caídas						Total	
	Riesgo bajo		Riesgo medio		Riesgo alto			
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
Funcional o independiente	8	8.25	43	44.33	2	2.06	53	54.64
Parcialmente dependiente	1	1.03	12	12.37	28	28.87	41	42.27
Dependiente	0	0.00	1	1.03	2	2.06	3	3.09
Total:	9	9.28	56	57.73	32	32.99	97	100.00

Fuente: Guía de entrevista.

$$X^2_{cal} = 45,601$$

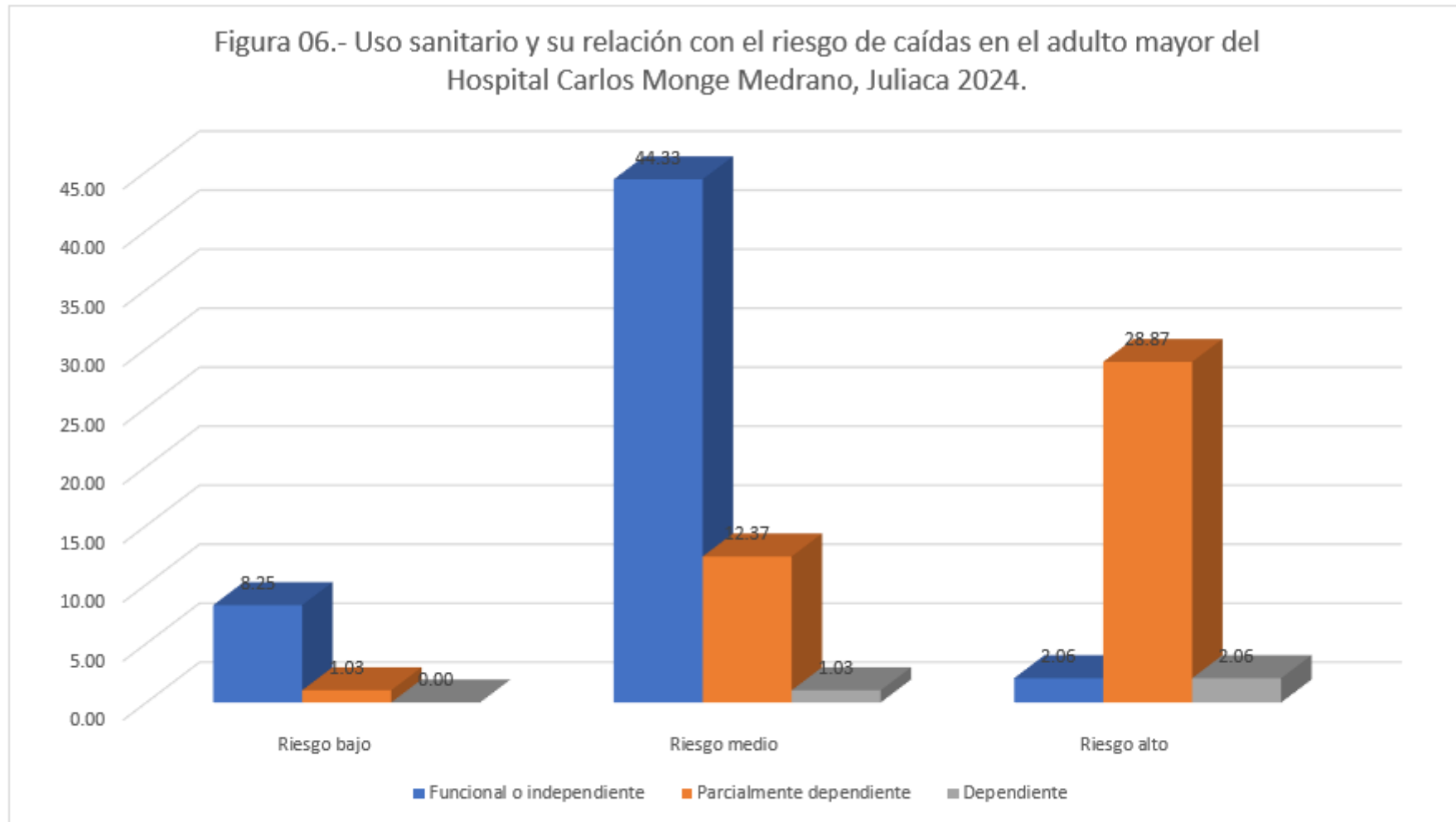
$$p = 0,000$$

ES SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab} = 9,488$$

$$gl = 4$$

Figura 6



Fuente: tabla 06.

En la tabla y figura 06, estudiamos el uso sanitario de los adultos mayores, donde el 54,64% refiere funcional o independiente, el 42,27% refiere parcialmente dependiente, el 3,09% refiere dependiente

De la población de adultos mayores que presentan riesgo alto de caídas el 28,87% refiere parcialmente dependiente, el 2,06% refiere dependiente, el 2,06% refiere funcional o independiente; de las personas longevos que presentan riesgo medio de caídas el 44,33% refiere funcional o independiente, el 12,37% refiere parcialmente dependiente, el 1,03% refiere dependiente.

Con un margen de error del 5%, el análisis estadístico arrojó un valor de $X^2_{cal}=45,601$, superior al valor de $X^2_{tab}=9,488$. Esto se logró con $gl=4$ y un valor p de 0,000, por lo que los resultados son bastante claros.

Hernández (10) reportó que más de la mitad de las personas longevas (57.7%) llevan a cabo sus acciones del día a día de manera independiente. El 47.8% sufrió alguna caída durante los últimos seis meses, principalmente en la sala (75%), el patio (23%), la recámara (15.75%) y el baño (12%). En cuanto al riesgo, el 83% presenta bajo riesgo de caída, el 15.1% riesgo medio y el 2% alto. Se observó también que los adultos mayores que conviven en pareja (50.6%) tienden a experimentar más caídas. Por ello, es fundamental concienciar a ellos y a sus familiares, así como adaptar el entorno doméstico para minimizar riesgos y fomentar la salud.

Tabla 7. Vestido y su relación con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024

Vestido	Valoración del riesgo de caídas						Total	
	Riesgo bajo		Riesgo medio		Riesgo alto			
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
Funcional o independiente	8	8.25	42	43.30	1	1.03	51	52.58
Parcialmente dependiente	1	1.03	14	14.43	18	18.56	33	34.02
Dependiente	0	0.00	0	0.00	3	3.09	3	3.09
Total:	9	9.28	56	57.73	22	22.68	87	89.69

Fuente: Guía de entrevista.

$$X^2_{cal}= 49,003$$

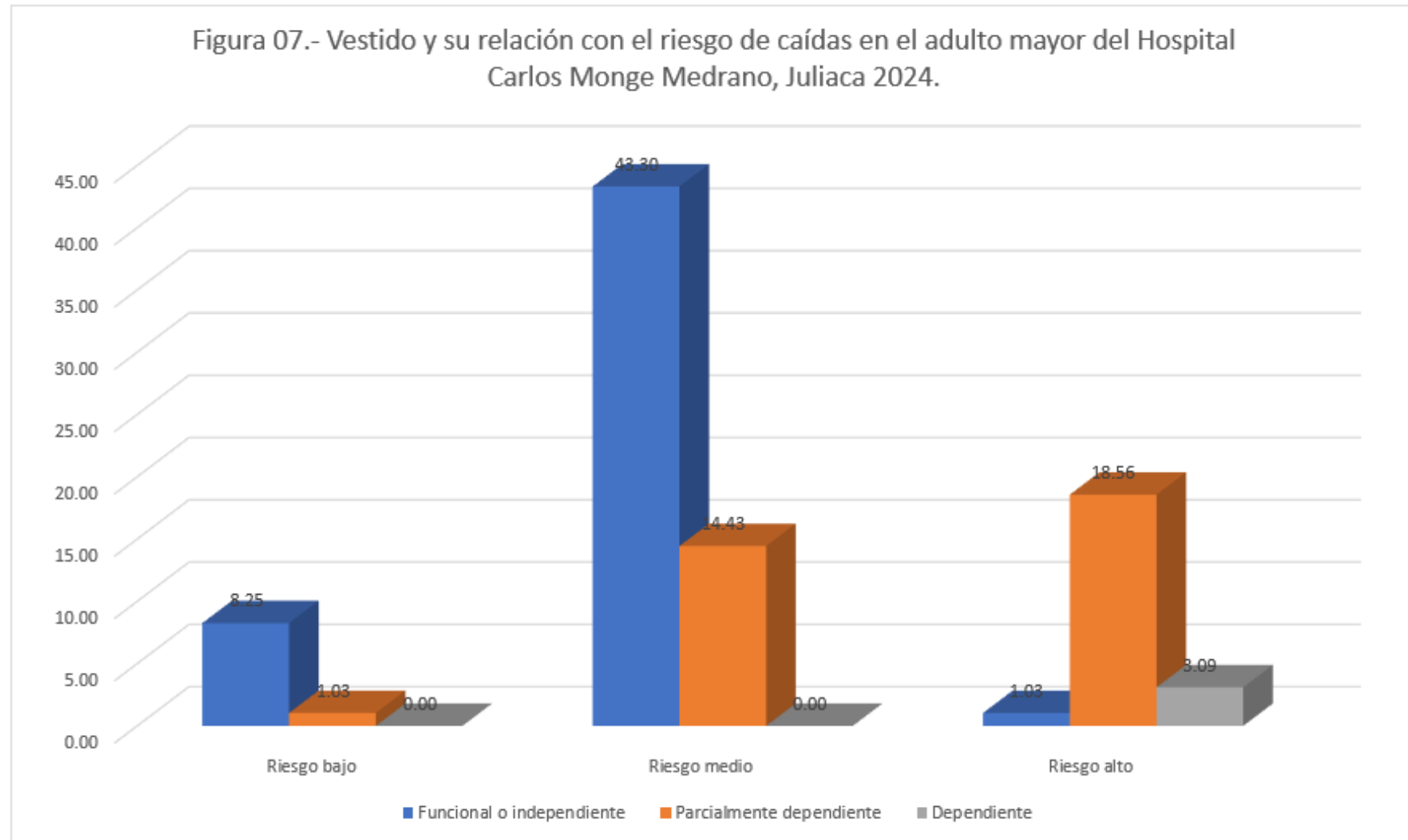
$$p= 0,000$$

ES SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab}= 9,488$$

$$gl= 4$$

Figura 7



Fuente: tabla 07.

En la tabla y figura 07, estudiamos el vestido de los adultos mayores, donde el 52,58% refiere funcional o independiente, el 34,02% refiere parcialmente dependiente, el 3,09% refiere dependiente

De la población de adultos mayores que presentan riesgo alto de caídas el 18,56% refiere parcialmente dependiente, el 3,09% refiere dependiente, el 1,03% refiere funcional o independiente; de las personas longevos que presentan riesgo medio de caídas el 43,30% refiere funcional o independiente, el 14,43% refiere parcialmente dependiente.

Con un margen de error del 5%, el análisis estadístico arrojó un valor de $X^2_{cal}=49,003$, superior al valor de $X^2_{tab}=9,488$. Esto se logró con $gl=4$ y un valor p de 0,000, por lo que los resultados son bastante claros.

Tirado et al. (11) concluyen que el envejecimiento, como parte del ciclo vital, genera cambios biológicos, psicológicos y fisiológicos que, al combinarse con el deterioro cognitivo, aumentan el riesgo de caídas, considerándose un problema de salud pública. Muchos adultos mayores necesitan ayuda para vestirse después de los 80 años, aunque algunos permanecen independientes.



Tabla 8. Aseo y su relación con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024

Aseo	Valoración del riesgo de caídas						Total	
	Riesgo bajo		Riesgo medio		Riesgo alto			
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
Funcional o independiente	8	8.25	39	40.21	3	3.09	50	51.55
Parcialmente dependiente	1	1.03	16	16.49	26	26.80	43	44.33
Dependiente	0	0.00	1	1.03	3	3.09	4	4.12
Total:	9	9.28	56	57.73	32	32.99	97	100.00

Fuente: Guía de entrevista.

$X^2_{cal}= 35,503$

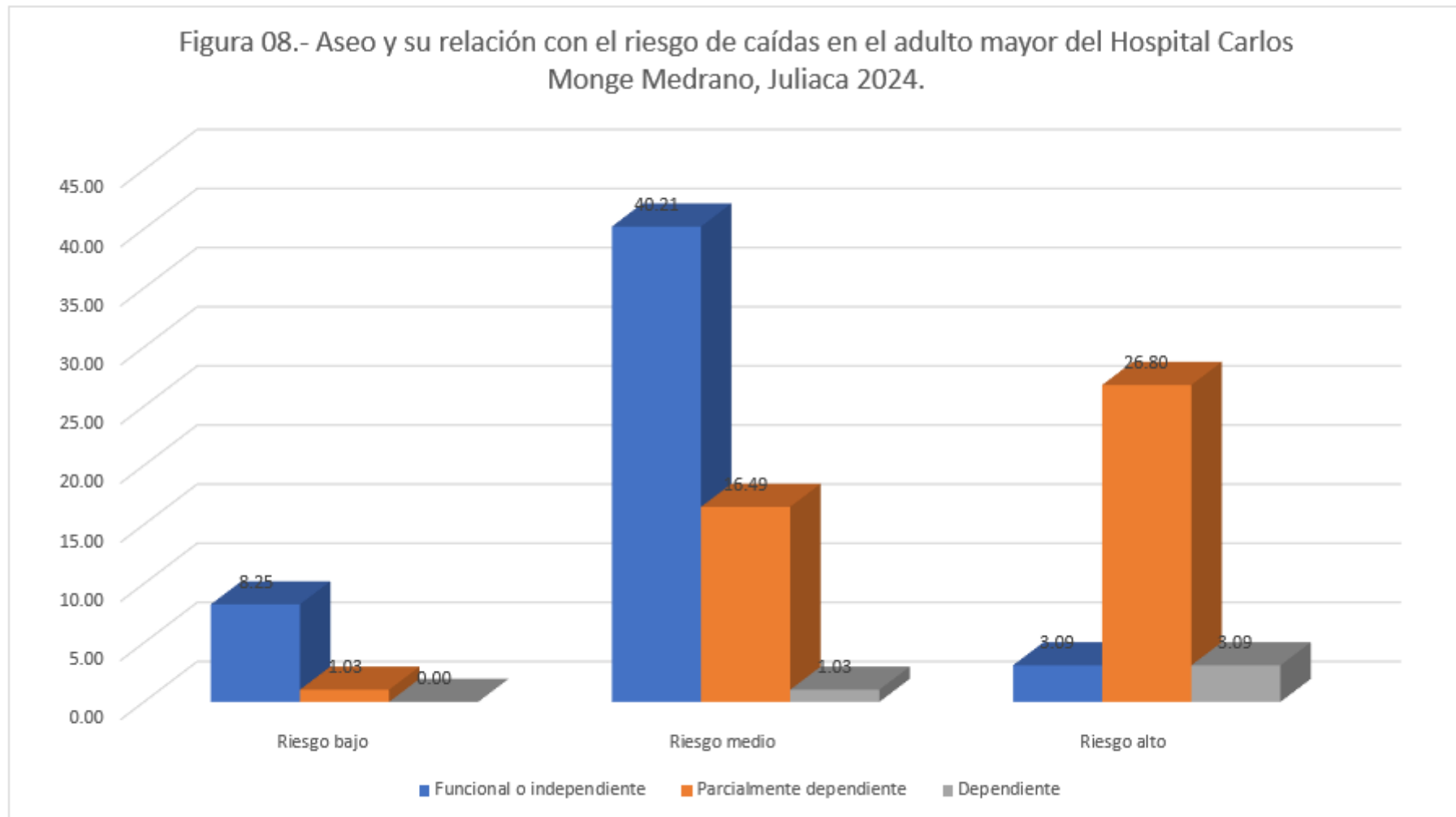
$p= 0,000$

ES SIGNIFICATIVA

$X^2_{tab}= 9,488$

$gl= 4$

Figura 8



Fuente: tabla 08.

En la tabla y figura 08, estudiamos el aseo de las personas longevos, donde el 51,55% refiere funcional o independiente, el 44,33% refiere parcialmente dependiente, el 4,12% refiere dependiente

De la población de adultos mayores que presentan riesgo alto de caídas el 26,80% refiere parcialmente dependiente, el 3,09% refiere dependiente, el 3,09% refiere funcional o independiente; de las personas longevos que presentan riesgo medio de caídas el 40,21% refiere funcional o independiente, el 16,49% refiere parcialmente dependiente, el 1,03% refiere dependiente.

Con un margen de error del 5%, el análisis estadístico arrojó un valor de $X^2_{cal}=35,503$, superior al valor de $X^2_{tab}=9,488$. Esto se logró con $gl=4$ y un valor p de 0,000, por lo que los resultados son bastante claros.

Alcolea-Ruiz et al. (12) evidenciaron que el 42,9% de los adultos mayores presentan miedo a caer. Entre los factores que aumentan este riesgo se encuentran ser fémina, tener una vida solitaria, contar con riesgo elevado de caídas, presentar fragilidad, consumir medicamentos hipotensores y haber sufrido lesiones por caídas anteriores. En general, el estudio señala que el miedo a caer es un problema altamente prevalente en la población adulta mayor.

Tabla 9. Preparación de comidas y su relación con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024

Preparación de comidas	Valoración del riesgo de caídas						Total	
	Riesgo bajo		Riesgo medio		Riesgo alto			
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
Organiza, compra y prepara todo el alimento	8	8.25	33	34.02	0	0.00	41	42.27
Prepara todo el alimento con insumos adquiridos	1	1.03	14	14.43	0	0.00	15	15.46
Prepara los alimentos son apoyo	0	0.00	6	6.19	14	14.43	20	20.62
Le preparan el alimento	0	0.00	3	3.09	18	18.56	21	21.65
Total:	9	9.28	56	57.73	32	32.99	97	100.00

Fuente: Guía de entrevista.

$$X^2_{cal}= 69,517$$

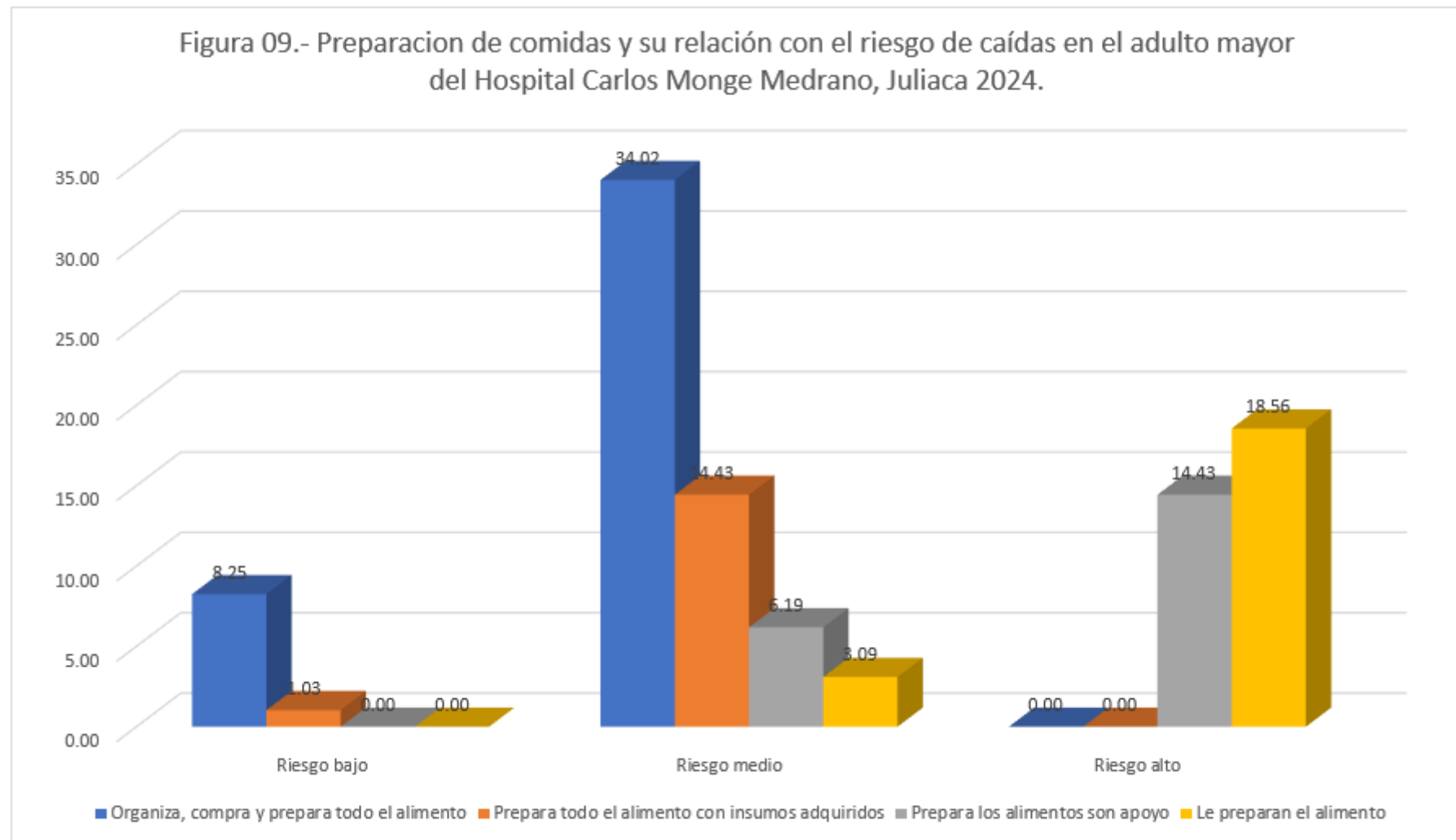
$$X^2_{tab}= 12,592$$

$$p= 0,000$$

$$gl= 6$$

ES SIGNIFICATIVA

Figura 9



Fuente: tabla 09.

El objetivo específico dos que se alvoro en el estudio es: Identificar las actividades instrumentales que está relacionado con el riesgo de caídas en la persona longeva del Hospital CMM.

En la tabla y figura 09, estudiamos la preparación de comidas de los adultos mayores, donde el 42,27% organiza, compra y prepara todo el alimento, el 21,65% refiere que le preparan el alimento, el 20,62% prepara los alimentos con apoyo, el 15,46% prepara todo el alimento con insumos adquiridos

De la población de adultos mayeros que presentan riesgo alto de caídas el 18,56% refiere que le preparan el alimento, el 14,43% prepara los alimentos con apoyo; de las personas longevos que presentan riesgo medio de caídas el 34,02% organiza, compra y prepara todo el alimento, el 14,43% haces sus alimentos con insumos comprados, el 6,19% hacen sus alimentos con ayuda.

Con un margen de error del 5%, el análisis estadístico arrojó un valor de $X^2_{cal}=69,517$, superior al valor de $X^2_{tab}=12,592$. Esto se logró con $gl=6$ y un valor p de 0,000, por lo que los resultados son bastante claros.

Campiño et al. (14) todos los adultos mayores evaluados presentaron un alto riesgo de caídas (100%). Asociados a la dependencia variaciones en el equilibrio y marcha, alteraciones en la marcha y el equilibrio, polifarmacia y múltiples comorbilidades. El estudio subraya que reconocer estas características permite diseñar estrategias individualizadas que fortalezcan la movilidad, el equilibrio y la autonomía de las personas longevas.

Tabla 10. Limpiar hogar y su relación con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024

Limpiar hogar	Valoración del riesgo de caídas						Total	
	Riesgo bajo		Riesgo medio		Riesgo alto			
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
Limpia toda la casa solo (a)	8	8.25	29	29.90	0	0.00	37	38.14
Limpia su ambiente/cuarto	1	1.03	23	23.71	5	5.15	29	29.90
Realiza limpieza con apoyo	0	0.00	2	2.06	13	13.40	15	15.46
No realiza la limpieza	0	0.00	2	2.06	14	14.43	16	16.49
Total:	9	9.28	56	57.73	32	32.99	97	100.00

Fuente: Guía de entrevista.

$$X^2_{cal}= 67,775$$

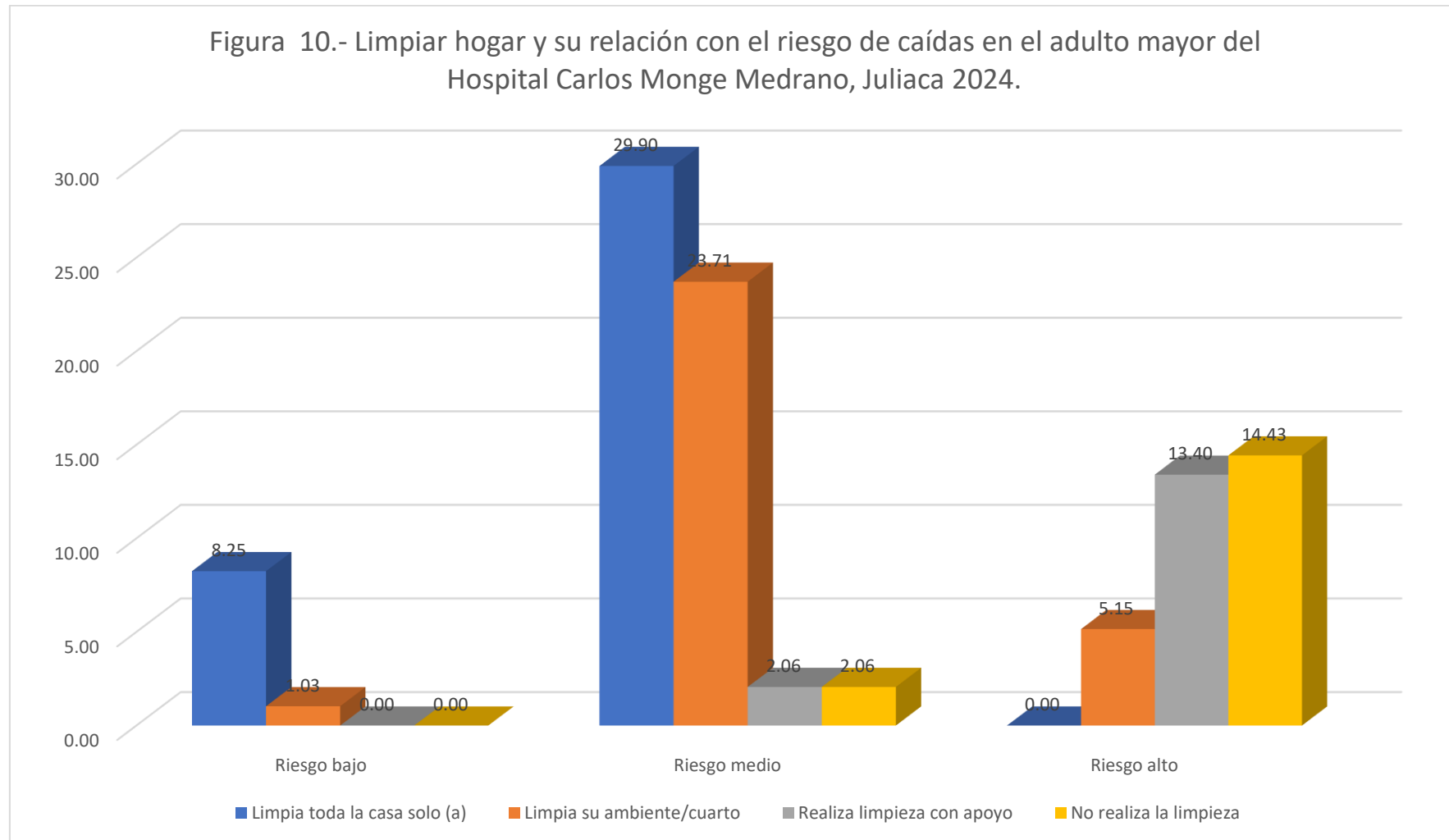
$$p= 0,000$$

ES SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab}= 12,592$$

$$gl= 6$$

Figura 10



Fuente: tabla 10.

En la tabla y figura 10, profundizamos limpiar hogar de los adultos mayores, donde el 38,14% limpia toda la casa solo (a), el 29,90% limpia su ambiente/cuarto, el 16,49% no realiza la limpieza, el 15,46% realiza limpieza con apoyo

De la población de adultos mayores que presentan riesgo alto de caídas el 14,43% no realiza la limpieza, el 13,40% realiza limpieza con apoyo, el 5,15% limpia su ambiente/cuarto; de las personas longevos que tienen riesgo medio de caídas el 29,90% limpia toda la casa solo (a), el 23,71% limpia su ambiente/cuarto, el 2,06% no realiza la limpieza, el 2,06% realiza limpieza con apoyo.

Con un margen de error del 5%, el análisis estadístico arrojó un valor de $X^2_{cal}=67,775$, superior al valor de $X^2_{tab}=12,592$. Esto se logró con $gl=6$ y un valor p de 0,000, por lo que los resultados son bastante claros.

Hernández y Altamirano (17) determinaron que, en cuanto a la capacidad funcional, en su totalidad de los participantes eran independientes (40.9%), seguidos por aquellos con dependencia total (32.2%), sujeción limitada o leve (10.4%), dependencia severa (8.7%) y dependencia templada (7.8%). En cuanto a la deambulaci3n, la mayoría eran independientes (57.4%), y en cuanto a subir escaleras, también predominó la independencia (47.8%), lo que sugiere una buena movilidad en la muestra estudiada.



Tabla 11. Ir de compras y su relación con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024

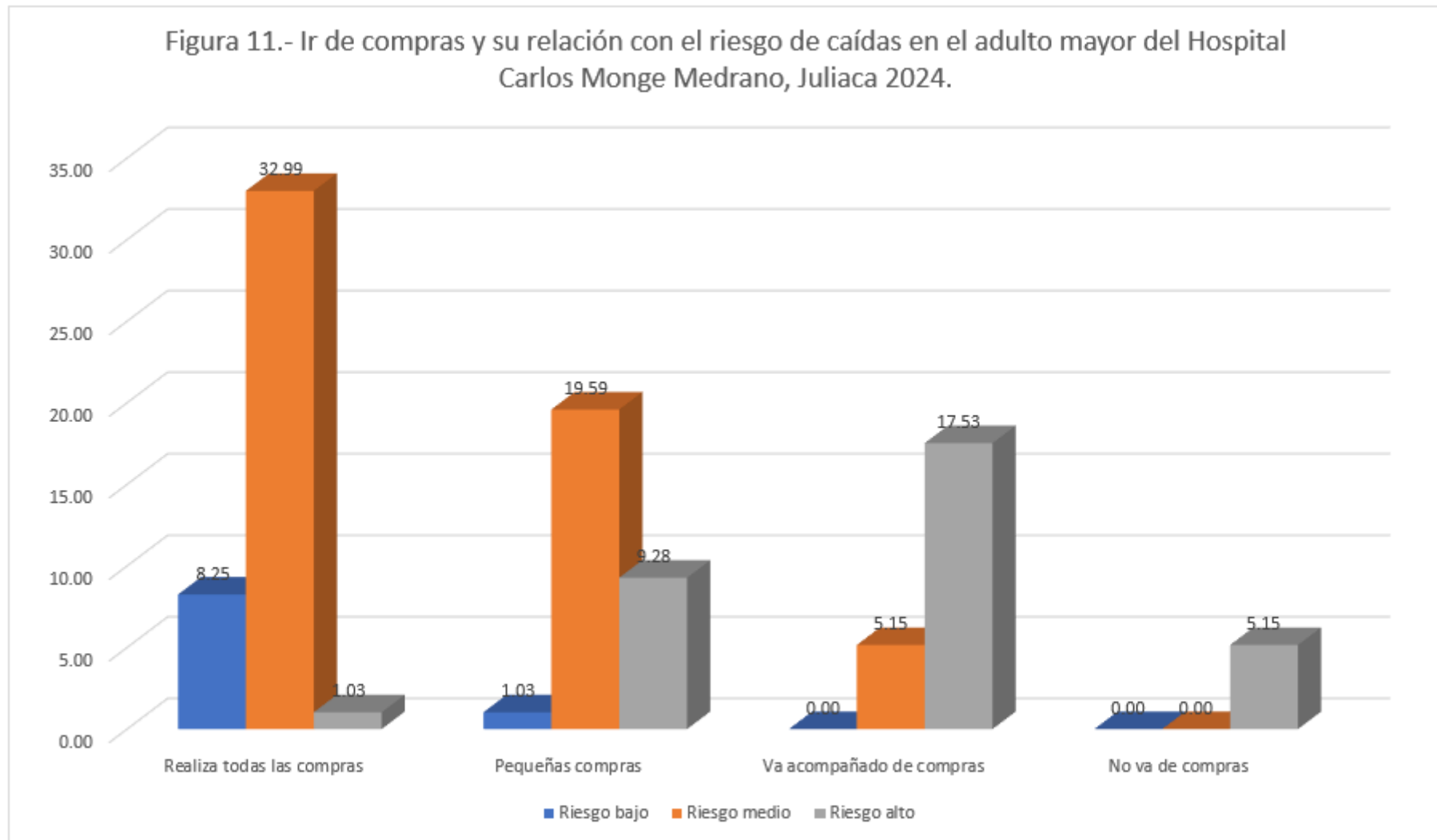
Ir de compras	Valoración del riesgo de caídas						Total	
	Riesgo bajo		Riesgo medio		Riesgo alto			
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
Realiza todas las compras	8	8.25	32	32.99	1	1.03	41	42.27
Pequeñas compras	1	1.03	19	19.59	9	9.28	29	29.90
Va acompañado de compras	0	0.00	5	5.15	17	17.53	22	22.68
No va de compras	0	0.00	0	0.00	5	5.15	5	5.15
Total:	9	9.28	56	57.73	32	32.99	97	100.00

Fuente: Guía de entrevista.

$X^2_{cal}= 50,504$
 $p= 0,000$
ES SIGNIFICATIVA

$X^2_{tab}= 12,592$
 $gl= 6$

Figura 11



Fuente: tabla 11.

En la tabla y figura 11, se analiza ir de compras de los adultos mayores, donde el 42,27% realiza todas las compras, el 29,90% realiza pequeñas compras, el 22,68% va acompañado de compras, el 5,15% no va de compras

De la población de adultos mayores que presentan riesgo alto de caídas el 17,53% va acompañado de compras, el 9,28% realiza pequeñas compras, el 5,15% no va de compras; de las personas longevos que presentan riesgo medio de caídas el 32,99% realiza todas las compras, el 19,59% realiza pequeñas compras, el 5,15% va acompañado de compras.

Al procedimiento estadístico, con un error del 5%, se comprobó con la prueba del chi cuadrado, $X^2_{cal}=50,504$ mayor $X^2_{tab}=12,592$, $gl=6$, $p=0,000$ es significativa, ir de compras tiene relación con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital CMM, Juliaca 2024.

Quispe (19) demostró que el 63.0% de los que participaron presentaban un elevado riesgo de caerse, el 30.4% un riesgo mediano y solo el 6.5% un riesgo bajo. En cuanto a la capacidad funcional, el 45.7% presentaba incapacidad moderada, el 41.3% incapacidad severa y solo el 13.0% ausencia de incapacidad. Además, Quispe (19) determinó que existe una correlación directa entre el síndrome de caídas y la capacidad funcional en personas longevas.



Tabla 12. Usar teléfono y su relación con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024

Usar teléfono	Valoración del riesgo de caídas						Total	
	Riesgo bajo		Riesgo medio		Riesgo alto			
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
Utiliza el celular llamadas y red	8	8.25	25	25.77	0	0.00	33	34.02
Llama y recepción de llamadas	1	1.03	23	23.71	8	8.25	32	32.99
Solo recepciones llamadas	0	0.00	6	6.19	8	8.25	14	14.43
No utiliza el celular	0	0.00	2	2.06	16	16.49	18	18.56
Total:	9	9.28	56	57.73	32	32.99	97	100.00

Fuente: Guía de entrevista.

$$X^2_{cal}= 53,549$$

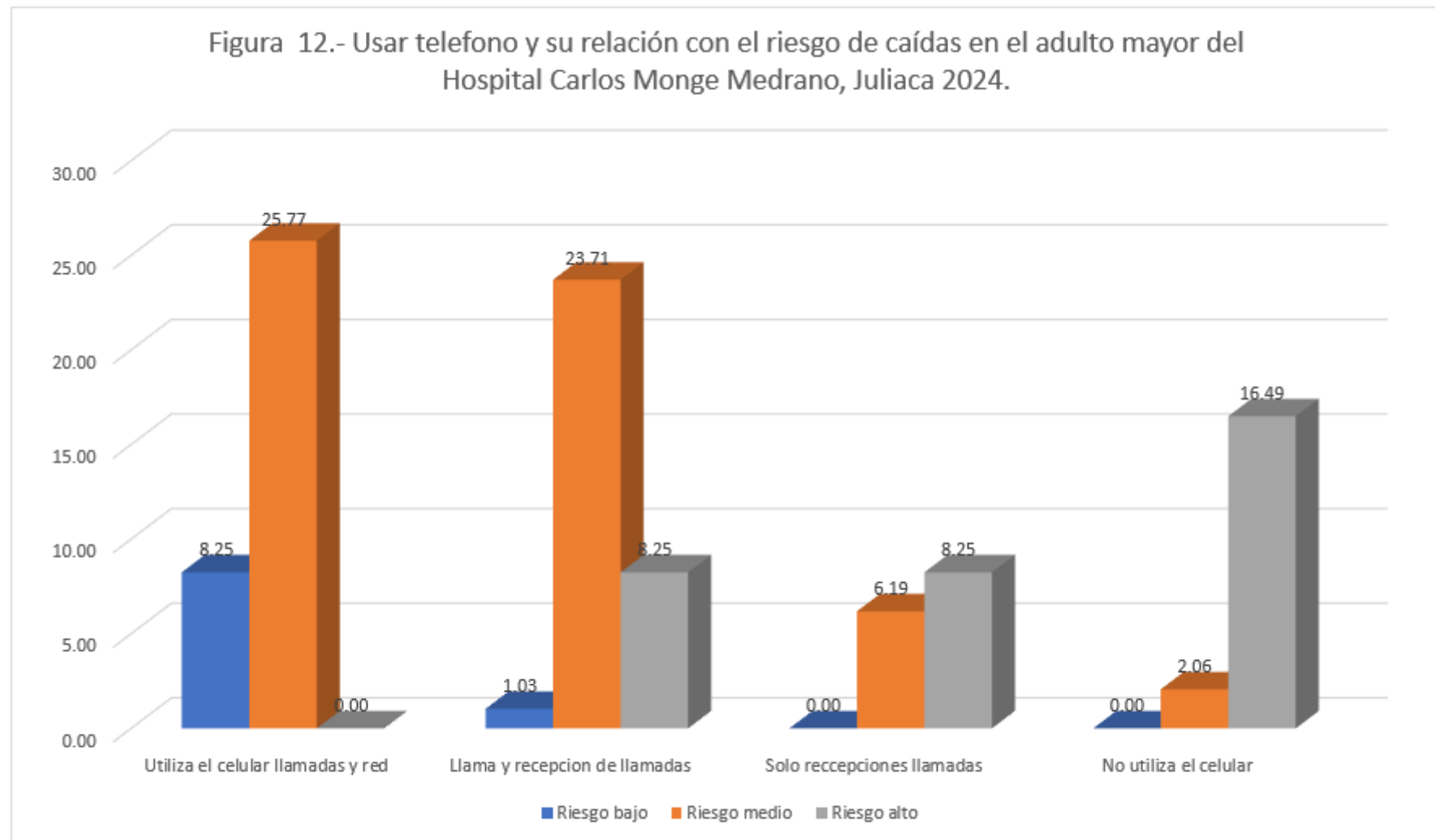
$$p= 0,000$$

ES SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab}= 12,592$$

$$gl= 6$$

Figura 12



Fuente: tabla 12.

En la tabla y figura 12, analizamos usar teléfono de los adultos mayores, donde el 34,02% utiliza el celular llamadas y red, el 32,99% llama y recepción de llamadas, el 18,56% no utiliza el celular, el 14,43% solo recepciona llamadas.

De la población de adultos mayores que presentan riesgo alto de caídas el 16,49% no utiliza el celular, el 8,25% solo recepciona llamadas, el 8,25% llama y recepción de llamadas; de las personas longevos que presentan riesgo medio de caídas el 25,77% utiliza el celular llamadas y red, el 23,71% llama y recepción de llamadas, el 6,19% no utiliza el celular, el 2,06% solo recepciona llamadas

Al procedimiento estadístico, con un error del 5%, se comprobó con la prueba del chi cuadrado, $X^2_{cal}=53,549$ mayor $X^2_{tab}=12,592$, $gl=6$, $p=0,000$ es significativa, usar teléfono tiene relación con el riesgo de caídas en personas longevos del Hospital CMM, Juliaca 2024.

Según **Luna (20)**, reportó que el 52.5% de las personas longevos evalúa su desempeño en actividades de transporte como medio, el 32.5% como alto y solo el 15% como bajo. Estos resultados reflejan que la Actividad Física es medianamente aceptada en relación con la movilidad y transporte de las personas de tercera edad.



Tabla 13. Usar transporte público y su relación con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024

Usar transporte publico	Valoración del riesgo de caídas						Total	
	Riesgo bajo		Riesgo medio		Riesgo alto		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Hace uso de trasporte público solo	8	8.25	44	45.36	7	7.22	59	60.82
Utiliza acompañado transporte publico	1	1.03	12	12.37	16	16.49	29	29.90
No utiliza transporte publico	0	0.00	0	0.00	9	9.28	9	9.28
Total:	9	9.28	56	57.73	32	32.99	97	100.00

Fuente: Guía de entrevista.

$X^2_{cal}= 37,059$

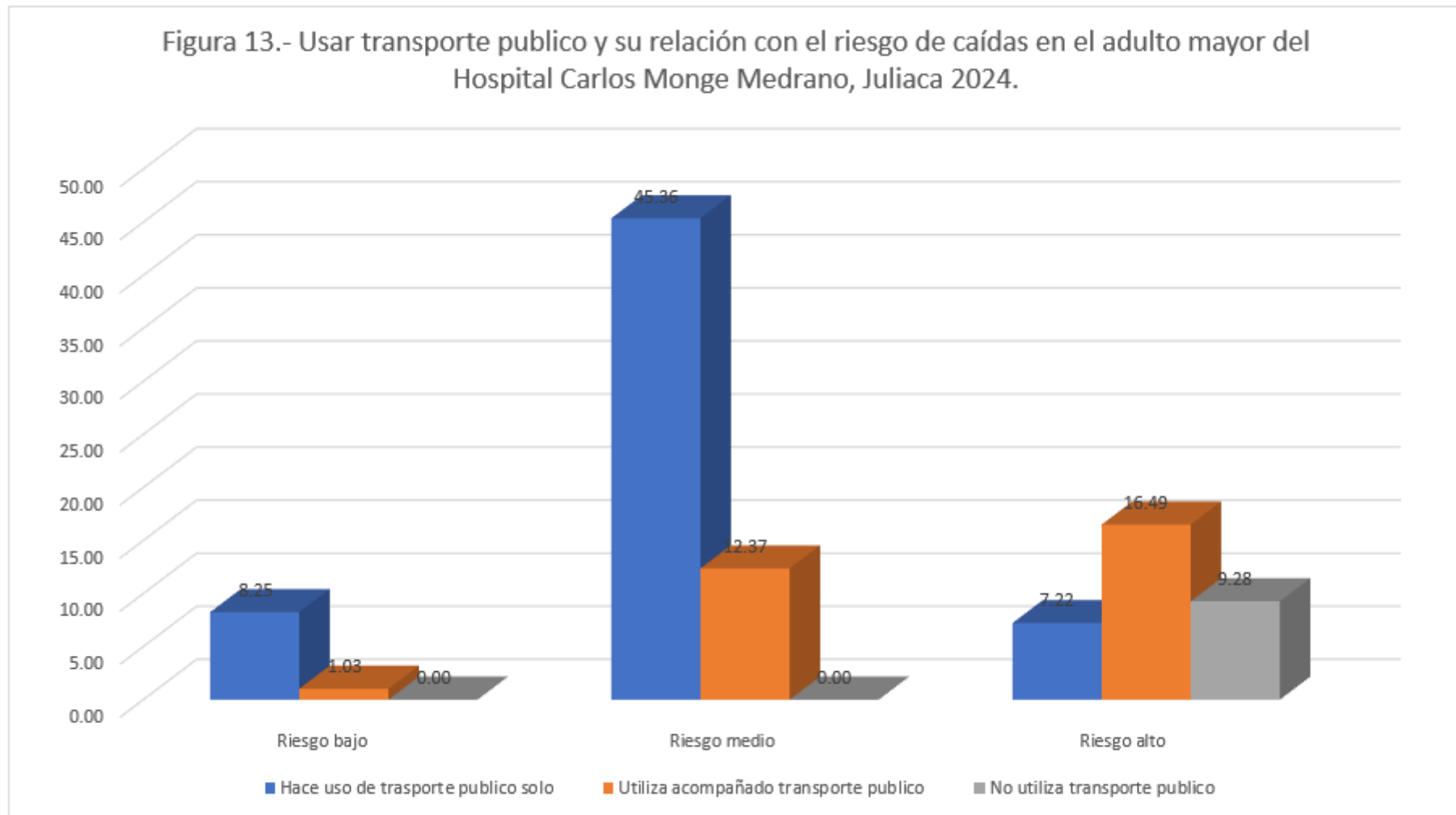
$X^2_{tab}= 9,488$

$p= 0,000$

$gl= 4$

ES SIGNIFICATIVA

Figura 13



Fuente: tabla 13.



En la tabla y figura 13, analizamos usar transporte público de los adultos mayores, donde el 60,82% hace uso de transporte público solo, el 29,90% utiliza acompañado transporte público, el 9,28% no utiliza transporte público

De la población de adultos mayores que presentan riesgo alto de caídas el 16,49% utiliza acompañado transporte público, el 9,28% no utiliza transporte público, el 7,22% hace uso de transporte público solo; de las personas longevos que presentan riesgo medio de caídas el 45,36% hace uso de transporte público solo, el 12,37% utiliza acompañado transporte público.

Al procedimiento estadístico, con un error del 5%, se comprobó con la prueba del chi cuadrado, $X^2_{cal}=37,059$ mayor $X^2_{tab}=9,488$, $gl=4$, $p=0,000$ es significativa, usar transporte público tiene relación con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital CMM, Juliaca 2024.

Mera (16) analizó las caídas y la capacidad funcional en personas longevas en edades que superan los 60, encontrando que el 35.3% eran mujeres y el 64.7% hombres. Respecto al riesgo de desplomes, el 98.1% presentaba un elevado riesgo y solo el 1.9% un bajo inseguridad. En relación con la capacidad funcional, el 56.4% dependían severamente, el 28.8% dependían moderadamente, el 10.9% dependían completamente y el 3.8% dependían de manera insignificante.

Tabla 14. Tomar medicamentos y su relación con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge
Medrano, Juliaca 2024

Tomar medicamentos	Valoración del riesgo de caídas						Total	
	Riesgo bajo		Riesgo medio		Riesgo alto			
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
Toma solo el medicamento y en sus horarios	8	8.25	46	47.42	9	9.28	63	64.95
Toma los medicamentos que le dan	1	1.03	10	10.31	13	13.40	24	24.74
Toma siempre supervisado	0	0.00	0	0.00	10	10.31	10	10.31
Total:	9	9.28	56	57.73	32	32.99	97	100.00

Fuente: Guía de entrevista.

$$X^2_{cal}= 35,348$$

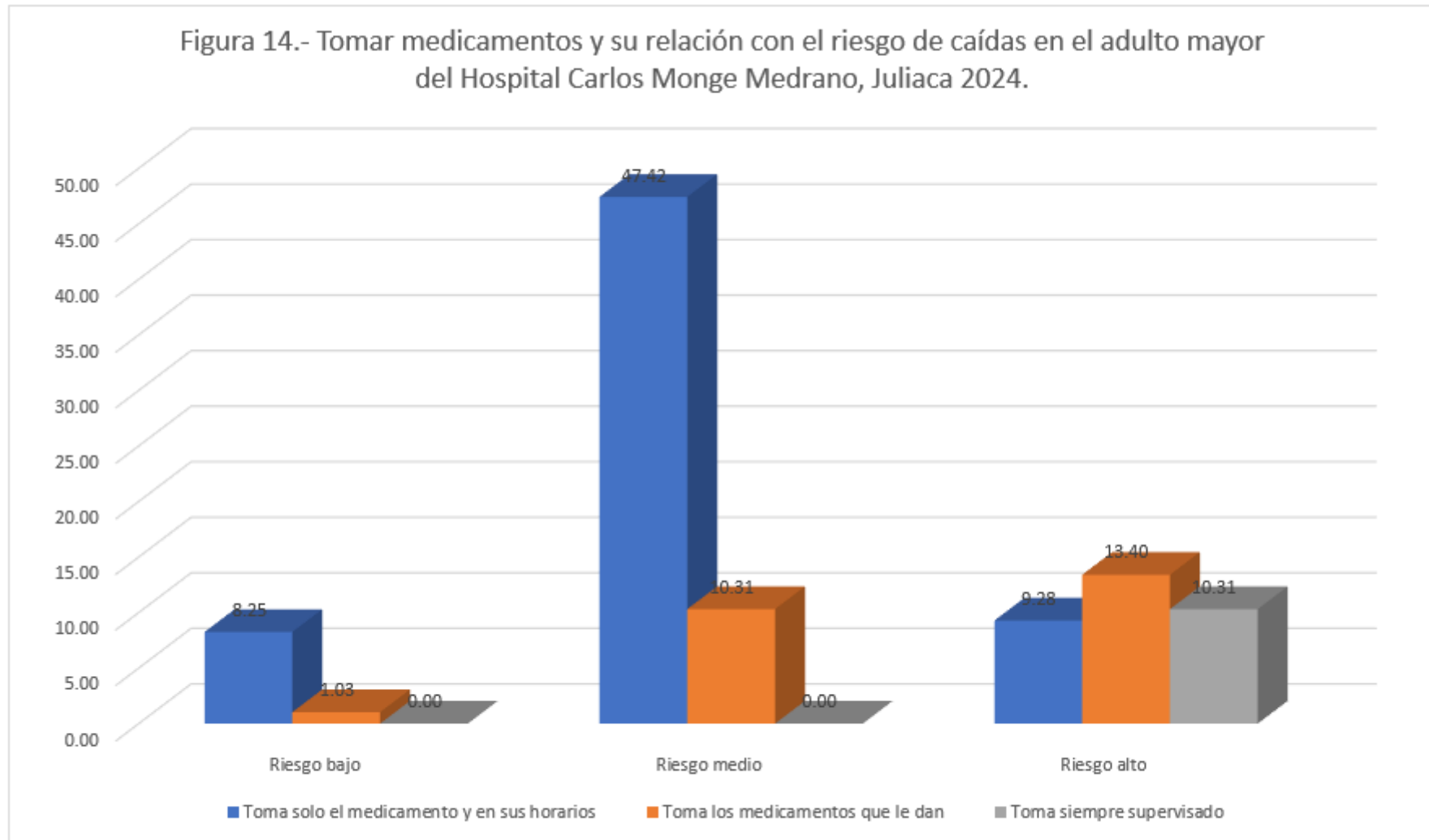
$$p= 0,000$$

ES SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab}= 9,488$$

$$gl= 4$$

Figura 14



Fuente: tabla 14.

En la tabla y figura 14, analizamos Tomar medicamentos de los adultos mayores, donde el 64,95% solo ingieren medicinas según sus horarios, el 24,74% ingieren medicinas que le facilitan, el 10,31% ingieren medicamentos bajo supervisión.

De la población de adultos mayores que presentan riesgo alto de caídas el 13,40% ingieren medicinas que le facilitan, el 10,31% ingieren medicamentos bajo supervisión, el 9,28% solo ingieren medicinas según sus horarios; de las personas longevas que presentan riesgo medio de caídas el 47,42 solo ingieren medicinas según sus horarios, el 10,31% ingieren medicinas que le facilitan.

Al procedimiento estadístico, con un error del 5%, se comprobó con la prueba del chi cuadrado, $X^2_{cal}=35,348$ mayor $X^2_{tab}=9,488$, $gl=4$, $p=0,000$ es significativa, Tomar medicamentos tiene relación con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital CMM, Juliaca 2024.

Vela (23) concluye que, en las comunidades estudiadas, la totalidad de las personas longevas comparten su vivencia con sus familiares, mientras que entre el 11 y el 17% habitan solitos. Sus ocupaciones anteriores y actuales se centran principalmente en el pastoreo de ganado, la agricultura y la producción textil. La mayoría reside en viviendas propias, construidas con materiales tradicionales como paja y adobe, con un bajo índice de hacinamiento.



Tabla 15. Manejo de asuntos económicos y su relación con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024

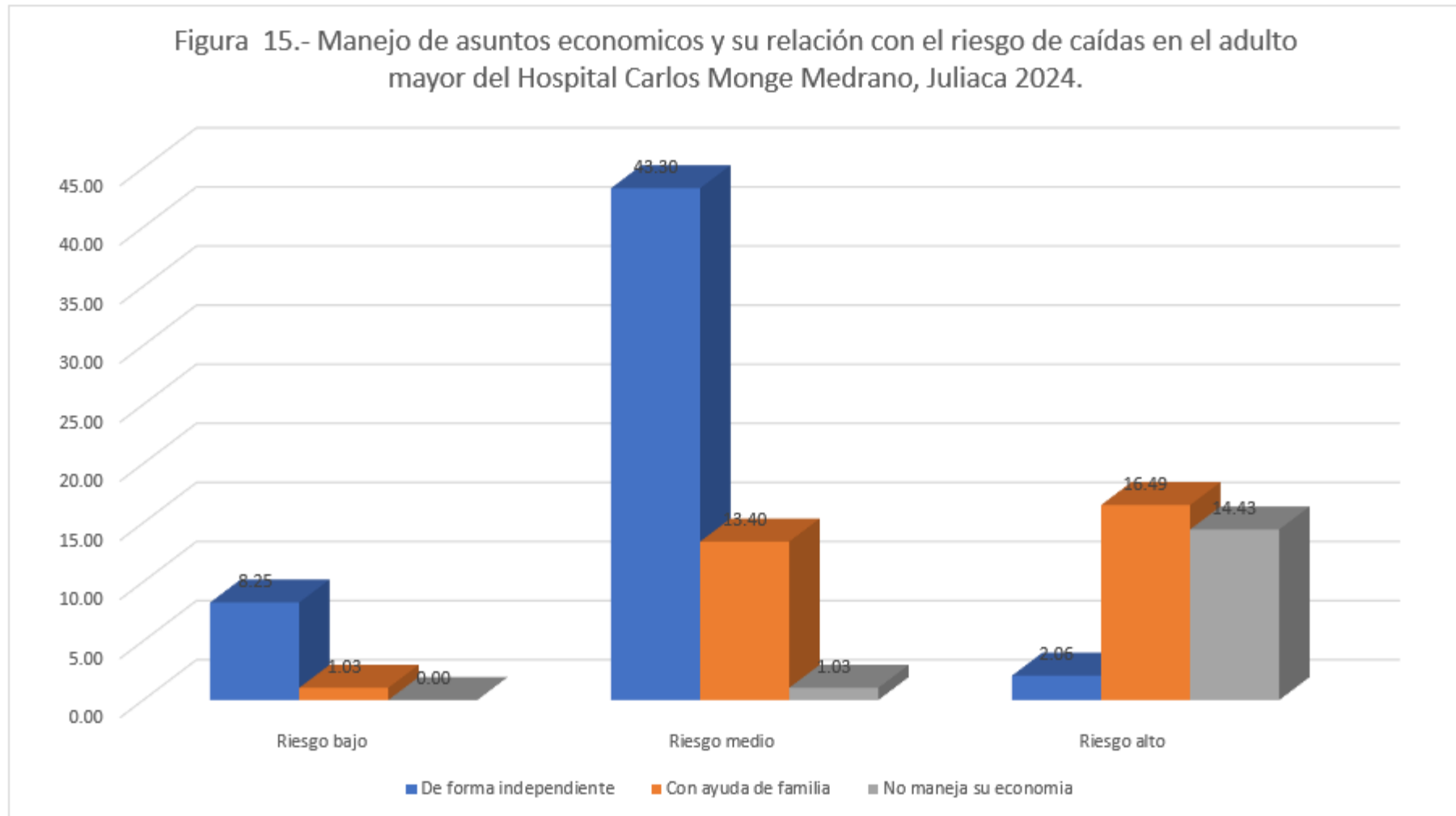
Manejo de asuntos económicos	Valoración del riesgo de caídas						Total	
	Riesgo bajo		Riesgo medio		Riesgo alto			
	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%	<i>fi</i>	%
De forma independiente	8	8.25	42	43.30	2	2.06	52	53.61
Con ayuda de familia	1	1.03	13	13.40	16	16.49	30	30.93
No maneja su economía	0	0.00	1	1.03	14	14.43	15	15.46
Total:	9	9.28	56	57.73	32	32.99	97	100.00

Fuente: Guía de entrevista.

$X^2_{cal}= 50,965$
 $p= 0,000$
ES SIGNIFICATIVA

$X^2_{tab}= 9,488$
 $gl= 4$

Figura 15



Fuente: tabla 15.

En la tabla y figura 15, estudiaremos el manejo de asuntos económicos de los adultos mayores, donde el 53,61% maneja de forma independiente, el 30,93% maneja con ayuda de familia, el 15,46% no maneja su economía

De la población de adultos mayores que presentan riesgo alto de caídas el 16,49% maneja con ayuda de familia, el 14,43% no maneja su economía, el 2,06% maneja de forma independiente; de las personas longevos que presentan riesgo medio de caídas el 43,30% maneja de forma independiente, el 13,40% maneja con ayuda de familia, el 1,03% no maneja su economía.

Al procedimiento estadístico, con un error del 5%, se comprobó con la prueba del chi cuadrado, $X^2_{cal}=50,965$ mayor $X^2_{tab}=9,488$, $gl=4$, $p=0,000$ es significativa, el manejo de asuntos económicos tiene relación con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital CMM, Juliaca 2024.

Vela (23) los adultos mayores en las comunidades perciben ingresos mensuales inferiores a S/. 50.00. No obstante, en su totalidad reside en sus propias casas, construidas con pajas y adobes, con un promedio bajo de conglomeración.

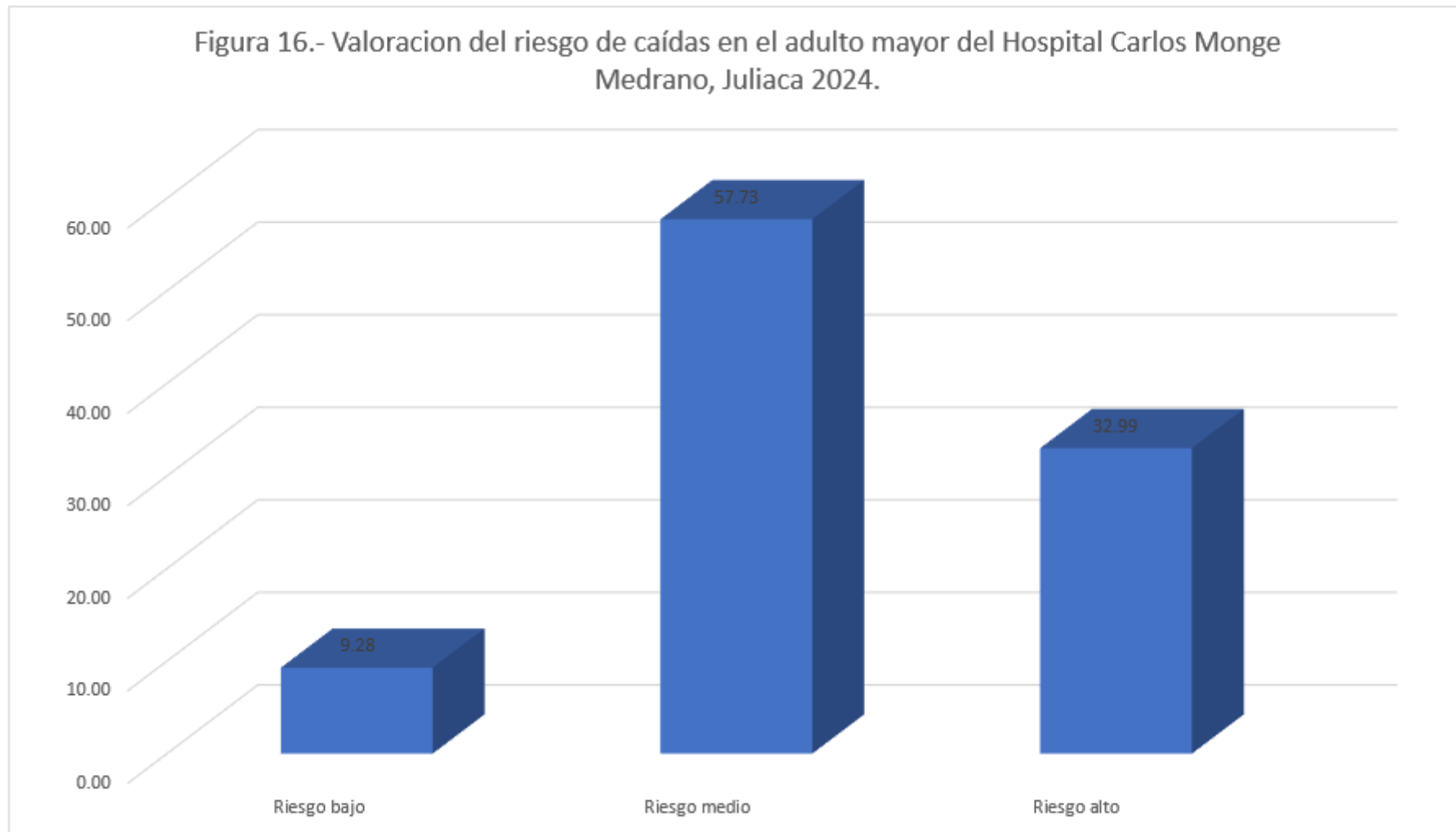
Mamani (22) determinó que existe una relación significativa entre la participación en el Programa Pensión 65 y la calidad de vida de los adultos mayores. La mayoría de los beneficiarios manifestó sentirse emocional y físicamente bien, con niveles de bienestar que van de regulares a altos, lo que indica que el programa contribuye de manera positiva al equilibrio emocional, material y social de esta población.

**Tabla 16. Valoración del riesgo de caídas en el adulto mayor del
Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024**

	<i>fi</i>	%
Riesgo bajo	9	9.28
Riesgo medio	56	57.73
Riesgo alto	32	32.99
Total:	97	100.00

Fuente: Guía de entrevista.

Figura 16



Fuente: tabla 16.

El objetivo específico tres elaborado en el estudio es: Evaluar el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital CMM, Juliaca 2023.

En la tabla y figura 16, estudiamos la valoración del riesgo de caídas de los adultos mayores, donde el 57,73% tiene una valoración en riesgo medio, el 32,99% tiene una valoración en riesgo alto, el 9,28% tiene una valoración en riesgo bajo.

Hernández (10) encontró que casi la mitad de los adultos mayores (47.8%) habían sufrido alguna caída durante los últimos seis meses. La mayoría ocurrieron dentro del hogar (75%), seguidas por el patio (23%), la recámara (15.75%) y el baño (12%). Predominó el bajo riesgo de caídas (83%), y se observó que las mujeres, especialmente aquellas con sobrepeso y que viven en pareja, son las más propensas a sufrirlas.

Alcolea-Ruiz, et al. (12) identificaron que los adultos mayores que utilizan medicamentos hipotensores o que han sufrido lesiones por caídas previas tienden a presentar un mayor temor a volver a caer, siendo este un problema común en esta población.

Campiño, et al. (14) determinaron que todos los adultos mayores participantes presentaban un riesgo elevado de sufrir caídas, influido por su nivel de dependencia, las alteraciones en la marcha y el equilibrio, el uso de varios medicamentos y la presencia de múltiples enfermedades. El estudio permitió reconocer las particularidades de esta población y los factores que incrementan su vulnerabilidad.

Silva-Fhon, et al. (15) concluyeron que la prevalencia de caídas en los adultos mayores fue del 24%, ocurriendo con mayor frecuencia en la sala, el dormitorio y la vía pública. Del total, el 9.1% requirió hospitalización y el 59.1% presentó heridas.



Entre las principales implicaciones se identificaron dificultades para la marcha, temor a sufrir nuevas caídas y cambios de residencia.

CONCLUSIONES

- PRIMERA:** Se ha determinado que la capacidad funcional está relacionado con los riesgos de caída en personas longevos del Hospital son: las actividades básicas e instrumentales, dado que todas las variables evidenciaron significativamente, ya que el valor de p obtenida fue inferior al 0.05, se acepta la hipótesis planteada.
- SEGUNDA:** Se ha evaluado que la capacidad funcional en actividades básicas que está relacionado con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital CMM son: en el 43,30% tiene 60 a 69 años de edad ($p=0,000$), un 60,82% es de género femenino ($p=0,000$), un 46,39% donde la fue alimentación parcialmente dependiente ($p=0,000$), un 45,36% con continencia parcialmente dependiente ($p=0,000$), un 46,39% refiere deambulacion parcialmente dependiente ($p=0,000$), un 42,27% con uso sanitario parcialmente dependiente ($p=0,000$), un 52,58% con capacidad para vestido funcional o independiente ($p=0,000$), un 44,33% con una capacidad para el aseo parcialmente independiente ($p=0,000$), dado que todas las variables obtuvieron significancia estadística ($p < 0.05$), lo que respalda la aceptación de la hipótesis establecida.
- TERCERA:** Se ha encontrado una relación entre la capacidad para realizar actividades cotidianas complejas y el riesgo de caídas en personas longevas asistidos en el Hospital Carlos Monge Medrano las cuales son: en el 21,65% le preparan el alimento ($p=0,000$), un 29,90% limpia su ambiente/cuarto ($p=0,000$), un 22,68% va acompañado de compras, un 32,99% llama y recepción de llamadas ($p=0,000$), un



29,90% utiliza transporte público acompañado ($p=0,000$), un 64,95% toma solo el medicamento y en sus horarios ($p=0,000$), un 30,93% maneja sus asuntos económicos con ayuda de su familia ($p=0,000$) Dado que todas las variables presentaron una significancia estadística con un valor de p menor a 0.05, se procede a aceptar la hipótesis formulada.

CUARTA: Se ha valorado el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital CMM con el 57,73% tiene una valoración en riesgo medio, el 32,99% tiene una valoración en riesgo alto, el 9,28% tiene una valoración en riesgo bajo.

RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** Al Director del Hospital disponer y coordinar con los jefes y el personal de atención directa en consultorios externos, emergencia para brindar un trato diferenciado al adulto mayor realizando la atención integral que incluya la valoración de la capacidad funcional que pueda poner en riesgo de caídas en personas longevos mediante las actividades básicas e instrumentales, coordinado por el equipo multidisciplinario el medico geriatra, el psicólogo, el nutricionista, la asistente social y otras.
- SEGUNDA:** A la jefa y coordinadora de la estrategia del adulto mayor del Hospital programar actividades con los médicos internistas u otros que bridan atención para la valoración integral del adulto mayor en la valoración de la capacidad funcional en actividades básicas como el riesgo de caídas en personas longevas, por ello es importante reducir los riesgos dentro del hogar.
- TERCERA:** A la coordinadora de la estrategia del adulto mayor en coordinación con el personal de consultorios externos del Hospital brindar una atención integral hacia la personas ancianas y longevas para tomar en consideración el VACAM según su capacidad funcional en actividades instrumentales, aplicar el instrumento de riesgos de caídas en personas longevas especialmente en sus quehaceres del día a día en el hogar, así como preparar sus alimentos, limpia su ambiente/cuarto, sale de compras, utiliza transporte público, toma solo el medicamento y en sus horarios, maneja sus asuntos económicos con ayuda de su familia entre otras actividades.



CUARTA: Al personal de admisión y enfermeras de consultorio externo que atienden a pacientes adultos mayores que requieren interconsultas coordinar y facilitar la oportunidad para brindar la atención diferenciada y de especialidad requeridas con participación de la familia con apoyo y soporte en las actividades cotidianas y disminuir riesgos de caídas a nivel de la vivienda, además de integrarse en sus necesidades para disminuir riesgos y promover un cuidado integral de su salud física, psicológica y social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Naciones Unidas. Desafíos Globales. Envejecimiento; 2020 [Internet]. [Citado 30 mayo 2024]. Disponible en: <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>.
2. Naciones Unidas, "Perspectivas de la población mundial 2019: Metodología de las Naciones Unidas para las estimaciones y proyecciones de población, serie Población y Desarrollo, N° 132, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2020.
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la Población Adulta Mayor 2022. [Citado 30 de abril 2022]. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin-adulto-mayor-ene-mar-2022.pdf>.
4. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Lineamientos de política de Promoción de la Salud. Lima 2022.
5. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud: Lineamientos de Política de Promoción de la Salud. Lima, 2023.
6. El Instituto Nacional de Estadística e Informática presenta el Informe Técnico Situación de la Población Adulta Mayor. Lima; 2023.
7. Alvarado AM, Salazar AM. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos. 2022.
8. Carrazco-Peña KB, Farías-Moreno K, Trujillo-Hernández B. Frecuencia de envejecimiento exitoso y fragilidad. Factores de riesgo asociados. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2022.

9. Vaca MR, Gómez RV, Cosme FD, Mena FM, Yandún SV, Realpe ZE. Estudio comparativo de las capacidades físicas del adulto mayor: rango etario vs. actividad física. 2021.
10. Hernández M, Juárez CA, Báez MdR, Lumbreras I, Banderas JA. Valoración de la dependencia funcional en adultos mayores asociado a riesgo de caídas en el hogar. Horiz. Sanitario 2020. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592020000100153&lng=es. Epub 26-Nov-2020. <https://doi.org/10.19136/hs.a19n1.3546>.
11. Tirado RJ, Silva R, Garay JR, Acosta MI, Aguirre AG, Ontiveros G. Deterioro cognitivo y riesgo de caídas en adultos mayores en Culiacán Sinaloa México. 2023. Disponible en: <https://dilemascontemporaneoseducacionpoliticayvalores.com/index.php/dilemas/article/view/3632>
12. Alcolea-Ruiz N, Alcolea Ruiz S, Esteban – Paredes F, Beamud-Lagos M, Villar Espejo MT, Pérez – Rivas FJ. Prevalencia del miedo a caer y factores asociados en personas mayores que viven en la comunidad. España 2021. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.11.003> <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656720303528>
13. Fernández OM, Zaldívar SN, Saborit OY, et al. Efectividad de un programa de ejercicios físicos para la prevención de caídas en el adulto mayor. Rev Cub de Med Fis y Rehab. 2021.
14. Campiño SM, Serna AS, Ayala IC. Riesgo de caídas y su relación con la capacidad física y cognitiva, en una residencia de adultos mayores de Santiago de Chile. 2020



15. Silva-Fhon JR, Partezani-Rodrigues R, Miyamura K, Fuentes-Neira W. Causas y factores asociados a las caídas del adulto mayor. Enferm. 2024.
16. Mera RU. riesgo de caídas y capacidad funcional en ancianos hospitalizados en el servicio de medicina y emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – ESSALUD, 2020. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/3271>
17. Hernández Pedraza MA, Altamirano Yaros L. Capacidad funcional en adultos mayores de un albergue ubicado Lima-Sur. Cuidado y Salud Pública; 2021. Disponible en: <https://cuidadoysaludpublica.org.pe/index.php/cuidadoysaludpublica/article/view/12>
18. Porro GES. Actividad física y riesgo de caídas en el adulto mayor de la institución prestadora de servicios de salud pro-vida – Magdalena, 2020. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/5283>
19. Quispe NM. Síndrome de caídas y capacidad funcional en adultos mayores del Centro de Salud La Revolución, 2020. Disponible en: <https://repositorio.upeu.edu.pe/items/63b3b236-dd16-4f57-8120-cb782ec0fb87>
20. Luna CE. Actividad física y la capacidad funcional de los adultos mayores del centro de Salud Acora - Puno, Perú 2022. Tesis UCV. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/115660>



21. Apaza Y. Abandono familiar y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana-2021. Tesis UPSC. Disponible en:
http://repositorio.upsc.edu.pe/bitstream/handle/UPSC/412/Yolanda_AP_AZA_CONDORI.pdf?sequence=1&isAllowed=y
22. Mamani YR. Et. al. Programa pensión 65 y calidad de vida en adultos mayores del Distrito de Azángaro. 2024. Disponible en:
<https://downloads.editoracientifica.com.br/articles/240616936.pdf>
23. Vela AF. Situacion social y salud del adulto mayor comunidades rural andinas Puno-Perú. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/342184522_situacion-social-y-salud-del-adulto-mayor-comunidades-rural-andinas-puno-peru
24. Ipanaque SY, Rosas GE. El sentimiento de abandono y su relación con la depresión geriátrica en el Centro Integral de Atención al Adulto Mayor. Azángaro 2022. Disponible en:
<https://hdl.handle.net/20.500.12692/102205>
25. Lawton MP en Quintero Danauy G. Vejez y calidad de vida. Apuntes conferencia la Habana centro Interamericano de la tercera Edad.
26. Donosso, La enfermedad de Alzheimer y otras demencias. 2020.
27. CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía. —La situación de las personas mayores División de Población de la CEPAL, Santiago de Chile. 2020.
28. Varela L, Chávez H, Galvez M, Mendez F. Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional. Rev Medica Hered. 2020.



29. Kwan MM, Close JC, Wong AK, Lord SR. Falls incidence, risk factors, and consequences in Chinese older people: a systematic review. 2021.
30. Organización Mundial de la Salud. Caídas. Datos y cifras. Ginebra: OMS; 2021.
31. Organização Mundial da Saúde, Organização Panamericana da Saúde. Clasificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à saúde CID-10. 10ª ed. São Paulo: edusp; 2020.
32. Cruz E, González M, López M, Godoy ID, Pérez MU. Caídas: revisión de nuevos conceptos. Rev. Hosp. Univ. Pedro Ernesto. 2020.
33. Cruz E, González M, López M, Godoy ID, Pérez MU. Caídas: revisión de nuevos conceptos. Rev. Hosp. Univ. Pedro Ernesto. 2020.
34. Almeida ST, Soldera CLC, Carli GA, Gomes I, Resende TL. Análise de fatores extrínsecos e intrínsecos que predisõem a quedas em idosos. Rev. Assoc. Med. Bras. 2012; 58(4): 427-33. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302012000400012>
35. Sousa LMM, Marques-Vieira CMA, Caldevilla MNGN, Henriques CMAD, Severino SSP, Caldeira SMA. Risco de quedas em idosos residentes na comunidade: revisão sistemática da literatura. Rev. gaúcha enferm. 2016; 37(4) 1-9. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.55030>
36. Alshammari SA, Alhassan AM, Aldawsari MA, Bazuhair FO, Alotaibi FK, Aldakhil AA, et al. Falls among elderly and its relation with their health problems and surrounding environmental factors in Riyadh. J Family Community Med. 2020.



37. Romli MH, Tan MP, Mackenzie L, Lovarini M, Suttanon P, Clemson L. Falls amongst older people in Southeast Asia: a scoping review. Public Health. 2020.
38. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para la atención integral de salud de las personas adultas mayores. NTS. 043-MINSA/DGSP-V.01/Ministerio de Salud. Dirección de atención integral de salud. Lima. Ministerio de Salud 2008. Comisión Económica para América Latina y el caribe.
39. Hernandez, R., Fernandez, C., & Baptista, M. Metodología de la investigación (6 ed.). Mexico: Mc Graw Hill education. 2014.
40. Hernández-Sampieri, R. & Mendoza, C. P. Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta 2018. Mc Graw Hill Education. URL:<https://virtual.cuautitlan.unam.mx/rudics/?p=2612>



ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

adulto mayor.sav [ConjuntoDatos0] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda



	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	edad	Númerico	8	0	edad	{1, 60 a 69}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
2	sexo	Númerico	8	0	sexo	{1, femenino}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
3	alimentacion	Númerico	8	0	alimentacion	{1, funcional independiente}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
4	continencia	Númerico	8	0	continencia	{1, funcional independiente}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
5	moviliza	Númerico	8	0	moviliza en la casa	{1, funcional independiente}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
6	sanitario	Númerico	8	0	uso sanitario	{1, funcional independiente}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
7	vestido	Númerico	8	0	uso y colocacion de su vestido	{1, funcional independiente}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
8	aseo	Númerico	8	0	aseo personal	{1, funcional independiente}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
9	comidas	Númerico	8	0	comidas de forma afirmativa	{1, organiza, compra}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
10	limpiar	Númerico	8	0	limpiar hogar	{1, limpia toda la casa}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
11	compras	Númerico	8	0	ir de compras	{1, compras}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
12	telefono	Númerico	8	0	usar telefono	{1, utiliza celular}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
13	transporte	Númerico	8	0	transporte	{1, uso de transporte}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
14	medicament...	Númerico	8	0	tomar medicamentos	{1, toma solo medicamento}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
15	economicos	Númerico	8	0	asuntos economicos	{1, independiente}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
16	caidas	Númerico	8	0	caidas	{1, riesgo bajo}...	Ninguno	8	Centro	Nominal	Entrada
17											
18											



adulto mayor.sav [ConjuntoDatos0] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

11 : vestido 1

	edad	sexo	alimentacion	continencia	moviliza	sanitario	vestido	aseo	comidas	limpiar	compras	telefono	transporte	medicamentos	economicos	caidas
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
7	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
9	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
10	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2
11	1	1	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	1	1	1	2
12	1	2	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2
13	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1	1	2	2	1	1	2
14	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2
15	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2
17	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2
18	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2
19	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2
20	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	1	2
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2
22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
23	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
24	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
25	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
26	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2
27	1	1	2	2	2	2	1	2	1	1	2	1	2	1	2	2
28	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1	1	1	1	2
29	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2
30	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2
31	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	2
32	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2
33	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2
34	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
35	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
36	2	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	2	2

Vista de datos Vista de variables



adulto mayor.sav [ConjuntoDatos0] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

11 : vestido 1

	edad	sexo	alimentacion	continencia	moviliza	sanitario	vestido	aseo	comidas	limpiar	compras	telefono	transporte	medicamentos	economicos	caidas
37	1	1	1	3	1	1	1	1	3	2	2	2	1	1	1	2
38	1	1	1	3	2	1	1	1	1	2	3	3	2	1	2	2
39	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2
40	1	2	1	1	1	1	1	1	4	4	2	2	1	1	1	2
41	2	1	2	3	3	3	2	3	4	4	3	4	2	2	3	2
42	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
43	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
44	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
45	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
46	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
47	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
48	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
49	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
50	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2
51	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
52	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	2	2
53	1	2	1	2	2	1	1	1	2	2	2	3	1	1	1	2
54	1	1	2	1	2	1	1	1	3	1	1	2	1	1	1	2
55	2	1	1	2	1	1	2	1	1	3	1	2	1	1	1	2
56	2	1	1	1	2	2	1	1	3	1	3	3	1	1	1	2
57	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	2
58	2	1	2	2	1	1	2	1	2	1	2	3	1	1	1	2
59	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2
60	1	1	1	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	1	1	2
61	2	1	1	1	1	1	1	2	3	1	2	4	2	1	1	2
62	1	1	2	1	2	1	2	2	3	2	1	3	2	1	2	2
63	1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	2
64	2	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	1	1	1	2
65	3	1	1	1	1	1	1	1	3	2	3	2	1	1	1	2
66	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	3	2	2	2	3
67	2	1	1	1	1	1	1	2	3	3	2	2	1	1	2	3
68	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	4	1	1	1	3
69	2	1	2	2	2	2	2	2	3	3	3	4	2	1	2	3
70	2	2	2	2	2	2	2	2	4	2	3	4	1	1	1	3
71	2	2	2	2	2	2	2	1	4	2	3	2	2	2	3	3
72	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4	2	3	1	1	2	3

Vista de datos Vista de variables



adulto mayor.sav [ConjuntoDatos0] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

11 : vestido 1

	edad	sexo	alimentacion	continencia	moviliza	sanitario	vestido	aseo	comidas	limpiar	compras	telefono	transporte	medicamentos	economicos	caidas
67	2	1	1	1	1	1	1	2	3	3	2	2	1	1	2	3
68	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	4	1	1	1	3
69	2	1	2	2	2	2	2	2	3	3	3	4	2	1	2	3
70	2	2	2	2	2	2	2	2	4	2	3	4	1	1	1	3
71	2	2	2	2	2	2	2	1	4	2	3	2	2	2	3	3
72	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4	2	3	1	1	2	3
73	2	2	2	2	2	2	2	2	3	4	3	4	2	2	3	3
74	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4	2	3	1	1	2	3
75	2	2	2	2	2	2	2	2	4	3	3	4	1	1	2	3
76	3	2	2	2	2	2	2	2	3	4	2	2	1	1	2	3
77	2	2	2	2	2	2	2	2	4	3	3	3	2	1	2	3
78	1	2	2	2	2	2	2	2	3	3	1	2	2	2	2	3
79	2	2	2	2	2	2	2	1	4	3	2	3	2	2	2	3
80	2	2	2	2	2	2	2	1	3	2	3	2	2	2	2	3
81	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	3	2	2	2	3
82	3	2	2	2	2	2	3	2	3	3	2	2	3	3	3	3
83	2	2	1	1	2	1	2	3	3	3	3	4	2	2	2	3
84	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	4	2	2	2	3
85	3	2	2	2	2	2	2	2	4	2	3	4	2	2	3	3
86	2	2	2	2	2	2	2	2	4	2	3	2	2	2	3	3
87	3	2	2	2	2	2	2	2	4	4	3	3	2	3	2	3
88	2	2	2	2	2	2	2	2	3	4	3	4	2	2	3	3
89	3	2	2	2	2	2	2	2	4	4	2	3	2	2	2	3
90	2	2	2	2	2	2	2	2	4	3	3	4	3	3	3	3
91	3	2	2	2	2	2	2	2	3	4	3	2	3	3	3	3
92	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4	3	4	3	3	3	3
93	3	2	2	2	2	2	2	2	4	4	4	4	3	3	3	3
94	3	2	2	2	2	2	2	2	4	4	4	4	3	3	3	3
95	3	2	2	2	2	2	2	2	4	4	4	4	3	3	3	3
96	3	2	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	3	3	3	3
97	3	2	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	3	3	3	3
98																
99																
100																
101																
102																

Vista de datos Vista de variables



ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	Metodología
I GENERAL PG. ¿Cuál es la capacidad funcional que está relacionado con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024? PROBLEMAS ESPECÍFICOS PE1: ¿Cómo será la capacidad funcional en actividades básicas que está relacionado con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano? PE2: ¿Cómo será la capacidad funcional en actividades instrumentales que está relacionado con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano? VARIABLE 2. ¿Cuál será el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano?	OBJETIVO GENERAL OG. Determinar la capacidad funcional y su relación con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024. OBJETIVOS ESPECÍFICOS OE1. Identificar la capacidad funcional en actividades básicas que está relacionado con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medran OE2. Precisar la capacidad funcional en actividades instrumentales que está relacionado con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano. Evaluar el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2023.	HIPÓTESIS GENERAL .HG. La capacidad funcional que está relacionado con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024 son de las actividades básicas e instrumentales. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS HE1. La capacidad funcional en actividades básicas que está relacionado con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano son la: alimentación, continencia, deambulaci3n uso sanitario, vestido, aseo HE2. La capacidad funcional en actividades instrumentales que está relacionado con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano son: Preparaci3n de	CAPACIDAD FUNCIONAL	1.1 Actividades Básicas	1.1.1 Edad 1.1.2 Genero 1.1.3 Alimentaci3n 1.1.4 Continencia 1.1.5 Deambulaci3n 1.1.6 Uso sanitario. 1.1.5 Vestido 1.1.6 Aseo	Diseño: No experimental Tipo: básico nivel correlacional y de corte transversal Poblaci3n: 270 Muestra: 97 adultos mayores Técnica: Variable 1. Entrevista Variable 2_ Entrevista Instrumentos: Guía de entrevista de índice de de Barthel- Escala de Lawton y Brody Y guía de entrevista del riesgo de caídas.
				1.2. actividades instrumentales	1.2.1 Preparaci3n de Comidas 1.2.2 Limpiar Hogar 1.2.3 Ir de compras 1.2.4 Usar teléfono 1.2.5. usar transporte publico 1.2.6 Tomar medicamentos. 1.2.7 Manejo de asuntos económicos	
			Variable 2.		Valoraci3n del riesgo de caídas	



		Comidas, limpiar hogar, ir de compras, usar teléfono, usar transporte público, tomar medicamentos, manejo de asuntos económicos El riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano es de mediano a alto.	Riesgo de caídas			
--	--	---	------------------	--	--	--



ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El objetivo del presente estudio es: Identificar la capacidad funcional que está relacionado con el riesgo de caídas en el adulto mayor del Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2024. El estudio no genera ningún riesgo a los adultos mayores que participaran del estudio, ya que a través de preguntas deberá responder de manera sincera y de forma anónima.

El trabajo de investigación que se realizara usted debe brindar su consentimiento una vez comprendido su forma de participación y su deseo de participar en esta actividad, de manera voluntaria.

Si su respuesta es (SI), llene los siguientes datos.

Yo _____, certifico que he sido informado/a con claridad y veracidad sobre el objetivo del presente estudio de investigación y manera de participación, voy a participar libre y voluntariamente por lo que autorizo a la Srta. Bach. Milagros TURPO CONDORI egresado de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez en la ciudad de Juliaca, por lo que autorizo a realizarme una encuesta sobre el tiempo los riesgos y el cuestionario.

Juliaca, _____ del 2024.

.....

ANEXO 4: INSTRUMENTO

**GUIA DE ENTREVISTA DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL ADULTO MAYOR
según el Índice de Barthel- Escala de Lawton y Brody****Edad: Sexo: F M Ficha N°..... Fecha:**

Sr. Sra. LE VAMOS A REALIZAR ALGUNAS PREGUNTAS SOBRE SU SITUACIÓN DE SALUD Y NOS GUSTARÍA QUE NOS RESPONDA CON LA MAYOR VERACIDAD POSIBLES.
LOS DATOS SON COMPLETAMENTE ANÓNIMOS.
GRACIAS.

CAPACIDAD FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR**1.1 ACTIVIDADES BÁSICA****1.1.1 ¿Cómo es su Alimentación en casa?**

- ☐ Independiente: lleva la comida del plato o su equivalente a la boca. Se excluye de la evaluación cortar la carne y preparar la comida y untar el pan.
☐ Con ayuda
☐ Dependiente: precisa ayuda en el acto de comer, no come o usa nutrición parenteral

1.1.2 ¿Usted respecto a orinar y defecar como es el control de ellos? (Continencia)

- ☐ Independiente: control completo de la micción y defecación.
☐ Con ayuda
☐ Dependiente: incontinencia parcial o total urinaria o fecal; control parcial o total con enemas, sondas o con el uso reglado de orinales o cuñas.

1.1.3 ¿Usted se moviliza en la casa como es su Deambulación?

- ☐ Independiente: entra y sale de la cama y se sienta y levanta de una silla por sí mismo/a; puede usar o no ayudas mecánicas.
☐ con ayuda
☐ Dependiente: necesita ayuda para sentarse, tumbarse o levantarse de la silla y/o ama, o no lo hace.

1.1.4 ¿Cómo realiza el Uso sanitario o ir al baño?

- ☐ Independiente: va al servicio, se sienta y se levanta del retrete, se arregla la ropa, se limpia los órganos excretores, puede utilizar por sí mismo/a la cuña o el orinal por la noche solamente, y puede usar o no ayudas mecánicas.
☐ con ayuda
☐ Dependiente: usa cuña u orinal o recibe ayuda para ir al servicio y utilizarlo.

1.1.5 ¿Cómo realiza el uso y colocación de su Vestido?

- ☐ Independiente: coge la ropa de armarios y cajones, se pone la ropa, los complementos o adornos, se abrocha los botones; se excluye el acto de atarse los zapatos.
☐ con ayuda
☐ Dependiente: no se viste solo/a o permanece en parte sin vestir.

1.1.6 ¿cómo se realiza el Aseo Personal, lavarse, etc.?

- ☐ Independiente: precisa ayuda sólo para lavar una parte del cuerpo como la espalda o una extremidad incapacitada o se baña completamente sin ayuda.
☐ con ayuda

() *Dependiente*: precisa ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, para entrar o salir de la bañera, o no puede bañarse solo

1.2. ACTIVIDADES INSTRUMENTALES

1.2.1 ¿Usted realiza la preparación de Comidas en su casa? PUEDE RESPONDER MÁS DE 1 DE FORMA AFIRMATIVA O NEGATIVA

- () Organiza, prepara y sirve las comidas por sí mismo/a
- () Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes.
- () Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada.
- () Necesita que le preparen y le sirvan las comidas.

1.2.2 ¿Usted realiza actividades como Limpiar Hogar?

- () Mantiene la casa solo/a o con ayuda ocasional
- () Realiza tareas domésticas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas.
- () Realiza tareas domésticas ligeras, pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable.
- () Necesita ayuda en todas las labores de la casa.
- () No participa en ninguna labor de la casa.

1.2.3 ¿Usted puede Ir de compras?

- () Realiza todas las compras necesarias independientemente.
- () Realiza independientemente pequeñas compras.
- () Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra.
- () Totalmente incapaz de comprar

1.2.4 ¿Usted puede Usar teléfono?

- () Utiliza el teléfono por iniciativa propia, busca y marca los números utiliza incluso las redes como el WhatsApp.
- () Es capaz de marcar bien algunos números conocidos.
- () Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar.
- () No utiliza el teléfono en absoluto.

1.2.5. ¿Usted puede usar el transporte público, micros, motos para movilizarse?

- () Viaja solo/a en transporte público.
- () Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona.
- () No viaja en transporte pública .

1.2.6 ¿Usted puede Tomar medicamentos?

- () Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas.
- () Toma su medicación si se le prepara con anticipación y en dosis separadas.
- () No es capaz de administrarse su medicación.

1.2.7 ¿Usted puede realizar el Manejo de asuntos económicos?

- () Maneja los asuntos financieros con independencia (presupuesta, rellena cheques, paga recibos y facturas, va la banco) recoge y conoce sus ingresos.
- () Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, ir al banco, ... 1
- () Incapaz de manejar dinero.



GUÍA DE ENTREVISTA DEL RIESGO DE CAÍDAS.

Autor: M. Turpo (2024)

Interrogar:

	PREGUNTAS A REALIZAR	SI	NO
1	¿Tiene alguna alteración de su equilibrio?	Si	No
2	¿Tienen debilidad muscular sobre todo en sus piernas?	Si	No
3	¿Siente que su vida está vacía?	Si	No
4	¿Hay dificultad para caminar- utiliza algún apoyo?	Si	No
5	¿Ha presentado desmayos, vértigos, sensación de mareos?	Si	No
6	¿sus zapatos o calzado son cómodos?	Si	No
7	¿El piso de su casa es llano o hay huecos, desniveles?	Si	No
8	¿Se siente a menudo desamparado, desvalido, indeciso?	Si	No
9	¿el piso de su casa o por dónde camina es resbaladizo?	Si	No
10	¿Hay tapetes, pisos, alfombras en su casa o donde vive?	Si	No
11	¿Hay gradas que usted sube en su casa o por donde anda?	Si	No
12	¿Consume medicamentos que le marean o similar?	Si	No
13	¿Utiliza audífonos para escuchar?	Si	No
14	¿utiliza gafas lentes de medida?	Si	No
15	¿Su silla, su cama es muy alta para subir y bajar?	Si	No

Riesgo alto: Mayor a 11 puntos

Riesgo medio: de 6 a 10 puntos

Riesgo bajo: igual o menor de 5 puntos

ANEXO 03 GUÍA DE JUICIO DE EXPERTOS.

1. Identificación del experto.

Nombres y apellidos

Judith Juana Yancachajlla Justo

Centro laboral

Hospital Carlos Monge Medrano

Grado:

Magister

Mención

Salud Pública

2. Instrucciones.

Estimado (a) especialista, a continuación, se muestra un conjunto de indicadores, el cual tiene que evaluar con criterio ético y estricto científico, la validez del instrumento propuesto (véase anexo N° 01).

Para evaluar dicho instrumento, marca con un aspa (x) una de las categorías contempladas en el cuadro:

1 = inferior al básico

2 = básico

3 = Intermedio

4 = Sobresaliente

5 = muy sobresaliente

3. Juicio de experto.

INDICADORES		CATEGORÍA				
		1	2	3	4	5
1	Las dimensiones de la variable responden a un contexto teórico de forma (visión general)				X	
2	Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)				X	
3	El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada (visión general)				X	
4	Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades (claridad y precisión)					X
5	Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables (coherencia)					X
6	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto (pertinencia y eficacia)				X	
7	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez de contenido (validez)					X
8	Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas (control de sesgo)			X		
9	Los ítems han sido redactados de lo general a lo particular (orden)				X	
10	Los ítems del instrumento, son coherentes en términos de cantidad (extensión)				X	
11	Los ítems no constituyen riesgo para el encuestado (inocuidad)					X
12	Calidad en la redacción de los ítems (visión general)					X
13	Grado de objetividad del instrumento (visión general)					X
14	Grado de relevancia del instrumento (visión general)					X
15	Estructura técnica básica del instrumento (organización)					X
Puntaje parcial						
Puntaje total: 67%						

Nota: Índice de validación del juicio de experto (lvje) = (puntaje obtenido / 75) x 100 =

4. Escala de validación.

Muy baja	Baja	Regular	Alta	Muy Alta
00 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
El instrumento de investigación esta observado			El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación está apto para su aplicación
Interpretación: cuanto más se acerque el coeficiente a cero (0), mayor error habrá en la validez.				

5. Conclusión general de la validación y sugerencias (en coherencia con el nivel de validación alcanzado)

Alcanzo 67% valido para su ejecución

6. Constancia de Juicio de experto.

El que suscribe, Judith Juana Yancachaylla Tuto identificado con DNI N° 45172063 Certifico que realice el juicio del experto al instrumento diseñado por el estudiante:

Bach. Milagros Turpo Condori

Juliaca ...13... de ...Agosto... del 2025.



Judith Juana Yancachaylla Tuto
LIC. ENFERMERÍA
CEP. 66240

ANEXO 03 GUÍA DE JUICIO DE EXPERTOS.

1. Identificación del experto.

Nombres y apellidos:

LOLA MAMANI GUISPE

Centro laboral:

HOSPITAL CARLOS RIVERO HERNANDEZ

Grado:

ESPECIALISTA

Mención:

Lic. ENFERMERIA

2. Instrucciones.

Estimado (a) especialista, a continuación, se muestra un conjunto de indicadores, el cual tiene que evaluar con criterio ético y estricta científica, la validez del instrumento propuesto (véase anexo N° 01).

Para evaluar dicho instrumento, marca con un aspa (x) una de las categorías contempladas en el cuadro:

1 = inferior al básico

2 = básico

3 = Intermedio

4 = Sobresaliente

5 = muy sobresaliente

3. Juicio de experto.

INDICADORES		CATEGORÍA				
		1	2	3	4	5
1	Las dimensiones de la variable responden a un contexto teórico de forma (visión general)				X	
2	Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)				X	
3	El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada (visión general)			X		
4	Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades (claridad y precisión)				X	
5	Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables (coherencia)					X
6	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto (pertinencia y eficacia)					X
7	Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez de contenido (validez)				X	
8	Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas (control de sesgo)				X	
9	Los ítems han sido redactados de lo general a lo particular (orden)				X	
10	Los ítems del instrumento, son coherentes en términos de cantidad (extensión)			X		
11	Los ítems no constituyen riesgo para el encuestado (inocuidad)					X
12	Calidad en la redacción de los ítems (visión general)					X
13	Grado de objetividad del instrumento (visión general)					X
14	Grado de relevancia del instrumento (visión general)					X
15	Estructura técnica básica del instrumento (organización)					X
Puntaje parcial						
Puntaje total:						

65%

Nota: Índice de validación del Juicio de experto (Ivje) = (puntaje obtenido / 75) x 100 =

4. Escala de validación.

Muy baja	Baja	Regular	Alta	Muy Alta
00 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
El instrumento de investigación esta observado			El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación está apto para su aplicación
Interpretación: cuanto más se acerque el coeficiente a cero (0), mayor error habrá en la validez.				

5. Conclusión general de la validaron y sugerencias (en coherencia con el nivel de validación alcanzado)

..... 65% VALIDA PARA SU EJECUCIÓN

6. Constancia de Juicio de experto.

El que suscribe, ...D.E.C. LOLA MAMANI QUISEPÉ..... identificado con DNI N°
...02435643..... Certifico que realice el juicio del experto al instrumento diseñado por el estudiante:

Bach. Milagros Turpo Condori

Juliaca ...13... de ...AGOSTO... del 2025.


Lola M. Quispe
ENFERMERA
C.E. 17715

....

ANEXO 03 GUÍA DE JUICIO DE EXPERTOS.

1. Identificación del experto.

Nombres y apellidos:

CATHY EVELYN CANAZA SUCCASIRE

Centro laboral

HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO

Grado:

LIC. ENFERMERIA

Mención

LIC. ENFERMERIA

2. Instrucciones.

Estimado (a) especialista, a continuación, se muestra un conjunto de indicadores, el cual tiene que evaluar con criterio ético y estrictez científica, la validez del instrumento propuesto (véase anexo N° 01).

Para evaluar dicho instrumento, marca con un aspa (x) una de las categorías contempladas en el cuadro:

1 = inferior al básico

2 = básico

3 = Intermedio

4 = Sobresaliente

5 = muy sobresaliente

3. Juicio de experto.

INDICADORES	CATEGORÍA				
	1	2	3	4	5
1 Las dimensiones de la variable responden a un contexto teórico de forma (visión general)					X
2 Coherencia entre dimensión e indicadores (visión general)					X
3 El número de indicadores, evalúan las dimensiones y por consiguiente la variable seleccionada (visión general)					X
4 Los ítems están redactados en forma clara y precisa, sin ambigüedades (claridad y precisión)					X
5 Los ítems guardan relación con los indicadores de las variables (coherencia)				X	
6 Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la prueba piloto (pertinencia y eficacia)					X
7 Los ítems han sido redactados teniendo en cuenta la validez de contenido (validez)			X		
8 Presenta algunas preguntas distractoras para controlar la contaminación de las respuestas (control de sesgo)				X	
9 Los ítems han sido redactados de lo general a lo particular (orden)					X
10 Los ítems del instrumento, son coherentes en términos de cantidad (extensión)					X
11 Los ítems no constituyen riesgo para el encuestado (inocuidad)				X	
12 Calidad en la redacción de los ítems (visión general)				X	
13 Grado de objetividad del instrumento (visión general)				X	
14 Grado de relevancia del instrumento (visión general)				X	
15 Estructura técnica básica del instrumento (organización)				X	
Puntaje parcial					
Puntaje total: 66 %					

Nota: Índice de validación del juicio de experto (lvje) = (puntaje obtenido / 75) x 100 =

4. Escala de validación.

Muy baja	Baja	Regular	Alta	Muy Alta
00 - 20%	21 - 40%	41 - 60%	61 - 80%	81 - 100%
El instrumento de investigación esta observado			El instrumento de investigación requiere reajustes para su aplicación	El instrumento de investigación está apto para su aplicación
Interpretación: cuanto más se acerque el coeficiente a cero (0), mayor error habrá en la validez.				

5. Conclusión general de la validación y sugerencias (en coherencia con el nivel de validación alcanzado)

66.7% PARA SU EJECUCIÓN

6. Constancia de Juicio de experto.

El que suscribe, CATHY EVELYN CANAZA SUAREZ identificado con DNI N° 74253411. Certifico que realice el juicio del experto al instrumento diseñado por el estudiante:

Bach. Milagros Turpo Condori

Juliaca 13 de AGOSTO del 2025.


Cathy Evelyn Canaza Suarez
C. INVESTIGACIÓN
UANCV

ANEX 6: AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZO LA INVESTIGACIÓN

"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"

Juliaca, 20 de Enero del 2025

CARTA N° 110 - 2025 -J-UADI-HCMM-RED-S-SR/J

Señor(es):

LIC. LEIS ANDIA MARQUEZ

JEFE DE SALUD DE LA PERSONAS DE LA RSSR.

PRESENTE.-

ASUNTO : PRESENTA A BACHILLER PARA EJECUTAR PROYECTO DE INVESTIGACION.

SOLICITANTE : Srta. MILAGROS TURPO CONDORI

REGISTRO N° 692 - 2025

Mediante el presente me dirijo a Ud. para saludarlo cordialmente, así mismo presentarle a la Bachiller de la Escuela Profesional de EMFERMERIA de la UNIVERSIDAD ANDINA NESTOR CACERES VELASQUEZ, quien ejecutará el Proyecto de Investigación titulado "**CAPACIDAD FUNCIONAL RELACIONADO CON EL RIESGO DE CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO JULIACA - 2024**", contando con la opinión favorable de las instancias correspondientes, considera procedente para que el interesado obtenga información para el proyecto de investigación, solicito le brinde las facilidades para recabar información.

La Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación de la Red de Salud San Román otorga la **OPINION FAVORABLE** para que la interesada realice lo solicitado dentro de la Institución a partir de la fecha, al concluir el proyecto deberá dejar un ejemplar para la biblioteca del Hospital.

Atentamente,

EUCG/ccf
Cc. Interesado

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD PUNO
HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO



[Firma]
Dr. Efraim C. Carrasco Gonzalo
JEFE UADI - CAPACITACION
MEDICO - PEDIATRA
CMP. 44365 - RNE 31001

**ANEXO 1**
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN**AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN
EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV**Formato digital ☒Fecha de entrega: 06/05/2026**1. Datos del autor (es):**Nombres y Apellidos: MILAGROS TURPO CONDORIDirección: Jr. Iquitos Mz. B4 lt. 6DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 72042935Teléfono: 990944235 email: milagrosc24@gmail.com

Nombres y Apellidos: _____

Dirección: _____

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: _____

Teléfono: _____ email: _____

Facultad y/o Escuela de Posgrado: CIENCIAS DE LA SALUDEscuela Profesional o Mención: ENFERMERÍATítulo o Grado Académico a optar: LICENCIADA EN ENFERMERÍAAsesor: Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación ☐ Tesis ☒ Trabajo de Suficiencia Profesional ☐ Trabajo Académico ☐Título: CAPACIDAD FUNCIONAL RELACIONADO CON EL RIESGO DE CAÍDAS EN EL ADULTO
MAYOR DEL HOSPITAL CARLOS MONGE MEDRANO, JULIACA 2024Palabras claves, (3 a 5 términos): Capacidad funcional, riesgo, caídas, adulto mayor**¿Esta obra se desarrolló en la UANCV ^{1, 2}?**2

¹ Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entre otros relacionados.

² Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

☐ Bachiller ☒ Título ☐ 2da Especialidad ☐ Maestría ☐ Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

Autorizo su publicación (marque con una X)

- ☒ Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- ☐ Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): _____
- ☐ No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?

Sí: significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

No: significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- ☒ Sí autorizo
- ☐ No autorizo



Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción "internacional" o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción "internacional" emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción "internacional" goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

☒

Internacional

☐

Nacional

Línea de investigación: SALUD PÚBLICA - P07

Firma de Autor



huella digital

06 - MAYO - 2026

Fecha