

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



**CAPACIDAD FUNCIONAL RELACIONADO AL RIESGO  
DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS  
EN EL PUESTO DE SALUD SANTA  
MARÍA JULIACA 2025**

**TESIS PRESENTADA POR:**

**Bach. ELSA ISABEL RAMOS QUISOCALA**

**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 AL RIESGO  
DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS  
EN EL PUESTO DE SALUD SANTA  
MARÍA JULIACA 2025**

**TESIS PRESENTADA POR:**  
**Bach. ELSA ISABEL RAMOS QUISOCALA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**  
**LICENCIADA EN ENFERMERIA**

**APROBADA POR EL JURADO REVISOR:**

**PRESIDENTE** :   
Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA

**PRIMER MIEMBRO** :   
Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

**SEGUNDO MIEMBRO** :   
Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO

**ASESOR DE TESIS** :   
Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN** : SALUD PÚBLICA - P07



# UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

## RESOLUCIÓN DECANAL N° 1031 -2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 03 de noviembre del 2025

### VISTOS:

El Expediente N° 2025 – 1989 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 AL RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD SANTA MARÍA JULIACA 2025**

### 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: de LICENCIADO(A) EN ENFERMERÍA del (la) bachiller: **RAMOS QUISOCALA ELSA ISABEL** habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes;

- \* Presidente : Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA
- \* 1er. Miembro : Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
- \* 2do. Miembro : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
  
- \* Asesor (a) : Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

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

**DIA :** MIERCOLES 05 DE NOVIEMBRE DEL 2025  
**HORA :** 16:00 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 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)



# UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

RESOLUCIÓN DECANAL N° 859 2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 02 de octubre del 2025

**VISTOS:**

El Expediente N° 8920-2025 de fecha 30 de setiembre del 2025, presentado por el Bachiller el (a) **RAMOS QUISOCALA ELSA ISABEL** quien solicita la revisión de Informe Final de investigación (Borrador de Tesis) Titulado: **CAPACIDAD FUNCIONAL RELACIONADO AL RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD SANTA MARÍA JULIACA 2025** por los jurados de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela Profesional de LICENCIADO(A) EN ENFERMERÍA

**CONSIDERANDO;**

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 y con la aprobación del informe final por los siguientes miembros de jurado y asesor:

- \* **Presidente** : Dra. MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA
- \* **1er. Miembro** : Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
- \* **2do. Miembro** : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
  
- \* **Asesor (a)** : Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

Estando en 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° 094-2023-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; así mismo fue aprobado para su ejecución del informe Final con Resolución N° 273-2025-D FCS-UANCV –J conducente para optar el Título Profesional de LICENCIADO(A) EN ENFERMERÍA

**SE RESUELVE:**

**ARTICULO PRIMERO.-** APROBAR, el INFORME FINAL de INVESTIGACIÓN (BORRADOR DE TESIS) para la REVISION de SIMILITUD TURNITIN., presentado por el bachiller **RAMOS QUISOCALA ELSA ISABEL** para optar el título profesión de LICENCIADO(A) EN ENFERMERÍA con el tema titulado: **CAPACIDAD FUNCIONAL RELACIONADO AL RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD SANTA MARÍA JULIACA 2025** correspondiente a la línea de investigación **SALUD PÚBLICA P07**

- \* **ARTICULO SEGUNDO.-** RATIFICAR como ASESOR (A) DE INVESTIGACIÓN (a) a la Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

\* **ARTICULO SEGUNDO.-** DISPONER que la Unidad de Investigación, de la Facultad de Ciencias de la Salud y Secretaria Académica quedan encargadas del cumplimiento de la presente resolución

Regístrese, Comuníquese, y Archívese.



Distribución: interesado Archivo.



# UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

## RESOLUCIÓN DECANAL N° 013-2025-UI-FCS-UANCV

Juliaca, 27 de agosto del 2025

**VISTOS:** Exp. 2025-CU-6476 presentado por el (la) egresado(a) RAMOS QUISOCALA ELSA ISABEL quién ha solicitado cambio de asesor del Proyecto de Investigación conducente a optar el título profesional de LICENCIADO (a) EN ENFERMERÍA;

**CONSIDERANDO:** Que, según Resolución N° 316-2025-D-FCS-UANCV, se aprueba el Proyecto de Tesis titulado: CAPACIDAD FUNCIONAL RELACIONADO AL RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD SANTA MARÍA JULIACA 2025 para lo cual se asignó.

asesor(a) DRA. INGRID LIZ QUISPE TICONA

Que, al haberse cumplido con los requisitos exigidos por el Reglamento de la Unidad de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud, y de acuerdo a la resolución N° 215-2025-UANCV-CU-R, por motivos que ya no cuenta con vínculo laboral con la UANCV, y,

Estando el informe favorable de la Unidad de Grados y Títulos, 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-NAR. D.L. N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

### SE RESUELVE:

**PRIMERO:** APROBAR EL CAMBIO DE ASESOR, designados a el(la) egresado(a) RAMOS QUISOCALA ELSA ISABEL para la revisión del proyecto de investigación CAPACIDAD FUNCIONAL RELACIONADO AL RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD SANTA MARÍA JULIACA 2025 para optar al Título Profesional de LICENCIADO (a) EN ENFERMERÍA debiendo quedar a partir de fecha.

asesor(a) DRA. MARYLUZ CRUZ COLCA

**SEGUNDO:** Disponer que los miembros del Jurado designados den continuidad al trámite de evaluación y calificación del proyecto de tesis, borrador de tesis o sustentación de tesis, según sea el caso que se presente en cada expediente. Quedando válido en sus demás disposiciones la Resolución Decanal de aprobación de proyecto de tesis, que se menciona en el considerando.

**TERCERO:** La Facultad de Ciencias de la Salud, la Unidad de Grados y Títulos, la Dirección de la Escuela Profesional de ENFERMERÍA y la Secretaría Académica de la Facultad, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Archívese.

### DISTRIBUCIÓN:

- Interesados (1)  
- Archivo (1)





# UNIVERSIDAD ANDINA "NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

## RESOLUCIÓN DECANAL N° 316 -2025-D-FCS-UANCV

Juliaca, 14 de mayo del 2025

### VISTOS:

El Informe N° 025 -2025-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 propuesta de Investigación de fecha 06 de mayo de la E.P. de Enfermería a folio 00183;

### CONSIDERANDO:

Que, el (la) egresado (a) **RAMOS QUISOCALA ELSA ISABEL** ha presentado y solicitado la aprobación de la propuesta de Investigación titulado: **CAPACIDAD FUNCIONAL RELACIONADO AL RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD SANTA MARÍA JULIACA 2025** 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. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
- **1er. Miembro** : Dra. SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
- **2do. Miembro** : M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ

Que, la Directora de la Unidad de Investigación ha emitido la Opinión Técnica N° 025-2025-UANCV-FCS-UI-CF 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 D.L. N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

### SE RESUELVE:

**ARTICULO PRIMERO** - APROBAR, la PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN, presentado por el (la) egresado (a) **RAMOS QUISOCALA ELSA ISABEL** para optar el Título Profesional de **LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA**: titulado **CAPACIDAD FUNCIONAL RELACIONADO AL RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD SANTA MARÍA JULIACA 2025**

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. **INGRID LIZ QUISPE TICONA**

**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 Enfermería a quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.

UNIVERSIDAD ANDINA  
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"  
Dña. Gabriela Betty Arias Luque  
DECANA (e)  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Distribución: Decanato, EP- Enfermería Secretarías Académica, Archivo.




# 18% 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

- 13%  Fuentes de Internet
- 4%  Publicaciones
- 17%  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

CAPACIDAD FUNCIONAL RELACIONADO AL RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD SANTA MARÍA JULIACA 2025	
<b>Datos de autor</b>	
Nombres y apellidos	ELSA ISABEL RAMOS QUISOCALA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	74643168
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0009-0008-9289-481X">https://orcid.org/0009-0008-9289-481X</a>
<b>Datos de asesor</b>	
Nombres y apellidos	MARYLUZ CRUZ COLCA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	29590767
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0003-4379-558X">https://orcid.org/0000-0003-4379-558X</a>
<b>Datos del jurado</b>	
<b>Presidente del jurado</b>	
Nombres y apellidos	MARIA CONCEPCION FIGUEROA VILCA
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	02401506
<b>Miembro del jurado 1</b>	
Nombres y apellidos	GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	29344129
<b>Miembro del jurado 2</b>	
Nombres y apellidos	SANDRA ALEJANDRA FERNANDEZ MACEDO
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	01309221



<b>Datos de investigación</b>	
Línea de investigación	SALUD PÚBLICA - P07
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	<p>Pais: Perú</p> <p>Departamento: Puno Provincia: San Román Distrito: Juliaca</p> <p>Latitud: -15.48687 Longitud: -70.14632 <a href="https://maps.app.goo.gl/LLEdwajahpqrtqg86">https://maps.app.goo.gl/LLEdwajahpqrtqg86</a></p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Mayo 2025 - Octubre 2025
URL de disciplinas OCDE <a href="https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html">https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html</a>	<b>Geriatría, Gerontología</b> <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.26">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.26</a> <b>Medicina clínica</b> <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.00">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.00</a>



UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CACERES VELASCO  
FACULTAD DE GERENCIA Y SALUD



Dra. María Concepción Figueroa Vilca  
DIRECTORA  
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN PCS



### DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD



Yo ELSA ISABEL RAMOS QUISOCALA, identificado con DNI Nro. 74643168, 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 AL RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD SANTA MARÍA JULIACA 2025**

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\_07\_de noviembre del 2025

Firma de Asesor  
(obligatoria)

Firma del Estudiante  
(obligatoria)



Huella

## **DEDICATORIA**

Dedico mi tesis a nuestro señor Dios por poner a personas en mi vida las cuales me impulsaron a seguir adelante y obtener el título profesional.

A mi familia, a mi madre, por el amor que siempre me ha demostrado, sus sacrificios, sus motivaciones y su fe en mí. Esta dedicatoria es un pequeño agradecimiento por todo lo que han hecho por mi persona.

### **AGRADECIMIENTO**

A mis docentes de Enfermería, le debo mi gratitud por orientarme y proporcionarme toda la información que necesito para ser un profesional competente.

A mis jurados, que también han sido mis guías a la hora de presentar mi trabajo de manera positiva.

## ÍNDICE GENERAL

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

### CAPÍTULO I

#### ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1.1. Problema general.....	5
1.1.2. Problema específico .....	5
1.2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	5
1.2.1. Justificación teórica.....	5
1.2.2. Justificación practica.....	6
1.2.3. Justificación metodológica .....	6
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .....	7
1.3.1. Objetivo general.....	7
1.3.2. Objetivos específicos .....	7
1.4. HIPÓTESIS .....	7
1.4.1. Hipótesis general .....	7
1.4.2. Hipótesis específicas .....	7
1.5. VARIABLES .....	8

1.6.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	9
------	---------------------------------------	---

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

2.1.	ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN .....	10
2.1.1.	A nivel internacional.....	10
2.1.2.	A nivel nacional.....	14
2.1.3.	A nivel regional .....	20
2.2.	MARCO TEÓRICO .....	21
2.3.	MARCO CONCEPTUAL .....	52

## **CAPÍTULO III**

### **PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN**

3.1.	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....	54
3.2.	TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	54
3.3.	MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN .....	55
3.4.	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	55
3.4.1.	Población .....	55
3.4.2.	Muestra .....	55
3.5.	TÉCNICAS, FUENTES E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN ..	56
3.5.1.	Técnicas.....	56
3.5.2.	Instrumentos .....	56
3.6.	PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS .....	60
3.7.	CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS.....	61
3.8.	VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO .....	61
3.8.1.	Validez .....	61
3.8.2.	Confiabilidad .....	62

**CAPÍTULO IV****RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

4.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	63
CONCLUSIONES .....	92
RECOMENDACIONES .....	93
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	94
ANEXOS .....	99
ANEXO 1 MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS.....	100
ANEXO 2 MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	103
ANEXO 3 CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	105
ANEXO 4 INSTRUMENTOS.....	106
ANEXO 5 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO.....	112
ANEXO 6 AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN..	115
ANEXO 7 POBLACIÓN .....	117

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Edad relacionado al riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el puesto de salud santa maría juliaca 2025. ....	64
<b>Tabla 2.</b> genero relacionado al riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el puesto de salud santa maría juliaca 2025. ....	67
<b>Tabla 3.</b> Estado nutricional relacionado al riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el puesto de salud santa maría juliaca 2025. ....	70
<b>Tabla 4.</b> Persona con la cual vive relacionado al riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el puesto de salud santa maría juliaca 2025. ....	73
<b>Tabla 5.</b> Ocupación relacionado al riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el puesto de salud santa maría juliaca 2025. ....	76
<b>Tabla 6.</b> Cuidados preventivos relacionado al riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el puesto de salud santa maría juliaca 2025. ....	79
<b>Tabla 7.</b> Actividades básicas de la vida diaria (abvd) relacionado al riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el puesto de salud santa maría juliaca 2025. ....	82
<b>Tabla 8.</b> Actividades instrumentales de la vida diaria (aivd) relacionado al riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el puesto de salud santa maría juliaca 2025. ....	86
<b>Tabla 9.</b> Riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el puesto de salud santa maría juliaca 2025. ....	89

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Edad relacionado al riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el puesto de salud santa maría juliaca 2025. ....	65
<b>Figura 2.</b> Genero relacionado al riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el puesto de salud santa maría juliaca 2025. ....	68
<b>Figura 3.</b> Estado nutricional relacionado al riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el puesto de salud santa maría juliaca 2025. ....	71
<b>Figura 4.</b> Persona con la cual vive relacionado al riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el puesto de salud santa maría juliaca 2025. ....	74
<b>Figura 5.</b> Ocupación relacionado al riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el puesto de salud santa maría juliaca 2025. ....	77
<b>Figura 6.</b> Cuidados preventivos relacionado al riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el puesto de salud santa maría juliaca 2025. ....	80
<b>Figura 7.</b> Actividades básicas de la vida diaria (abvd) relacionado al riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el puesto de salud santa maría juliaca 2025. ....	83
<b>Figura 8.</b> Actividades instrumentales de la vida diaria (aivd) relacionado al riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el puesto de salud santa maría juliaca 2025. ....	87
<b>Figura 9.</b> Riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el puesto de salud santa maría juliaca 2025. ....	90

## RESUMEN

Como **objetivo**: Analizar la capacidad funcional relacionado al riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Santa María Juliaca 2025. **Metodología**: Es de diseño no experimental, con una muestra censal de 65 adultos mayores, se emplearon dos instrumentos uno de ellos fue la guía de entrevista sobre la capacidad funcional y el otro instrumento fue una guía de observación sobre el riesgo de caídas, el instrumento estadístico que permitió medir la asociación fue el chi cuadrado ( $\chi^2$ ) para la relación de dos variables. **Resultados**: Se identificó las características personales relacionados al riesgo de caídas en adultos mayores entre los indicadores tenemos el 30,8% tienen entre 65 a 69 años (P: 0,000), el 50,8% son de género femenino (P: 0,000), el 49,2% el estado nutricional es adelgazado (P: 0.000), el 58.5% viven con su pareja de similar edad, el 43,1% la labor a la que se dedican es el trabajo doméstico y el cuidado de sus nietos y el 70.8% si asisten a sus chequeos periódicos en el establecimiento de salud. Se describió la valoración de la capacidad funcional relacionado al riesgo de caídas en adultos mayores, entre los indicadores tenemos el 78,5% son independientes en sus actividades básicas de la vida diaria (P: 0.000) y el 80,0% también son independientes en sus actividades instrumentales de la vida diaria (P: 0.000). Se identificó el riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Santa María, tenemos como resultado el 41,6% tienen bajo riesgo de caídas, el 36.9% moderado riesgo y el 21,5% alto riesgo. **Conclusión**: La capacidad funcional está relacionado al riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud - Santa María Juliaca 2025, aceptando las hipótesis planteadas.

**Palabras clave**: Adultos mayores, capacidad funcional, riesgo de caídas.

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze the functional capacity related to the risk of falls in older adults treated at the Santa María Juliaca 2025 Health Post. **Methodology:** It is a non-experimental design, with a census sample of 65 older adults, two instruments were used, one of them was the interview guide on functional capacity and the other instrument was an observation guide on the risk of falls, the statistical instrument that allowed measuring the association was the chi square ( $\chi^2$ ) relationship between the two variables. **Results:** Personal characteristics related to the risk of falls in older adults were identified. Among the indicators we have 30.8% are between 65 and 69 years old (P: 0,000), 50.8% are female (P: 0,000), 49.2% have a low nutritional status (P: 0,000), 58.5% live with their partner of a similar age, 43.1% are engaged in housework and caring for their grandchildren, and 70.8% do attend their periodic checkups at the health facility. The assessment of functional capacity was described related to the risk of falls in older adults, among the indicators we find that 78.5% are independent in their basic activities of daily living (P: 0.000) and 80.0% are also independent in their instrumental activities of daily living (P: 0.000). The risk of falls in older adults treated at the Santa María Health Post was identified, resulting in 41.6% being at low risk of falls, 36.9% at moderate risk, and 21.5% at high risk. **Conclusion:** Functional capacity was analyzed and its relationship to the risk of falls in older adults treated at the Santa María Juliaca 2025 Health Post. Accepting the proposed hypotheses.

**Keywords:** Older adults, functional capacity, risk of falls.

## INTRODUCCIÓN

La vejez es un fenómeno creciente a nivel mundial, con implicancias significativas en la salud pública. En el Perú, y en América Latina, se observa un aumento progresivo del número de adultos mayores, lo cual demanda una atención integral orientada a preservar su calidad de vida, funcionalidad e independencia. En este contexto, las caídas en personas adultas mayores representan en uno problemas de salud pública, por su alta frecuencia, el riesgo de lesiones graves, las secuelas incapacitantes y el aumento en la dependencia funcional. Diversos estudios han demostrado que las capacidades funcionales para hacer actividades sin ayuda, sin asistencia, se ve comprometida con el avance de la edad y puede estar directamente relacionada con la aparición de caídas. La pérdida muscular, el equilibrio, la movilidad y la coordinación son factores determinantes que afectan esta capacidad y, por ende, incrementan el riesgo de sufrir caídas. Identificar esta relación resulta fundamental para el desarrollo de estrategias preventivas eficaces y la planificación de intervenciones adecuadas desde el primer nivel de atención. (1)

Cuando se trata de personas mayores, las caídas son más que un simple incidente físico, sino también un indicador de deterioro en la capacidad funcional. Se dice que es la capacidad de llevar a cabo de forma autónoma las tareas fundamentales e instrumentales de la vida cotidiana. La pérdida muscular, del equilibrio, la movilidad y la coordinación, entre otros factores, afectan directamente esta capacidad, incrementando el riesgo de caídas y sus consecuencias negativas. Por ello, evaluar la relación entre la capacidad

funcional y el riesgo de caídas se vuelve fundamental para orientar intervenciones preventivas desde los servicios de salud. (2)

En la ciudad de Juliaca no es ajena a esta realidad. El P.S. Santa María, que brinda atención considerable a personas con edad avanzada, enfrenta el reto de ver las necesidades de este grupo vulnerable. No obstante, existe escasa evidencia científica que permita comprender a profundidad cómo se relaciona, lo cual limita la implementación de estrategias efectivas de promoción y prevención en salud geriátrica.

Este trabajo está estructurado en 4 capítulos, por tanto, tenemos en el capítulo I abordaremos los aspectos generales dentro de los cuales encontraremos el planteamiento del problema, justificación, daremos a conocer los objetivos, así también las hipótesis a la cual queremos llegar, variables y la operacionalización. En el capítulo II, desarrollaremos el marco teórico y con ello el marco conceptual. En el capítulo III veremos el procedimiento metodológico. En el capítulo IV, en los resultados, se realiza una discusión, se presentan las conclusiones y se ofrecen diversas recomendaciones.

# **CAPÍTULO I**

## **ASPECTOS GENERALES**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Uno de los cambios demográficos se produjo durante el siglo XXI es la creciente tendencia del envejecimiento. La OMS prevé que, en el 2050, personas con más 60 años habrá superado los 2000 millones en todo el mundo. En el Perú, este proceso también se manifiesta de forma acelerada: Se ve que el año 2030, el 17% serán personas mayores. Este escenario plantea un reto considerable para salud, para mejorar el envejecimiento saludable y la atención a condiciones asociadas con la pérdida de funcionalidad. Entre las causas más comunes de lesiones, hospitalización, pérdida de independencia e incluso muerte entre las personas de este rango de edad, las caídas se encuentran entre las principales razones. La capacidad funcional puede describirse como su capacidad para realizar de forma autónoma las actividades cotidianas que constituyen aspectos básicos e instrumentales de su vida. A medida que disminuye esta capacidad por causas como la pérdida de fuerza muscular, alteraciones del equilibrio, deterioro cognitivo o enfermedades crónicas, el riesgo de sufrir una caída aumenta altamente. (3)

## **A nivel internacional**

La OMS indica que todas las personas de sesenta años se consideran miembros del grupo de edad son adultos mayores, lo que incluye a personas de ambos sexos. Además, en 1959 publicó artículos sobre la salud de población de tercera edad y la población con la intención de influir en la creación de actividades que permitieran a las personas realizar diversos movimientos para evitar llevar un estilo de vida sedentario y disfrutar de una vida llena de alegrías.

(4)

Las caídas, que son una afección multifactorial que afecta a las personas mayores, las cuales presentan efectos negativos, la vida social y la salud mental. Cualquier suceso involuntario que provoque la caída del cuerpo al suelo o sobre una superficie sólida se considera una caída. Esta definición abarca cualquier situación en la que se produzca una pérdida de equilibrio. Es la segunda causa de mortalidad como resultado de lesiones accidentales o no intencionales. Como consecuencia de estas lesiones, 646 000 personas pierden la vida a nivel mundial, y más del 80 % de estas muertes están producidas en países subdesarrollados. Debido a esta circunstancia, se requiere más atención y cuidados médicos. En lo que respecta a este grupo en particular, la frecuencia de las caídas variará en función del tipo de población, la técnica utilizada para identificarlas y el lugar que se esté investigando. (4)

Las caídas son la segunda causa de mortalidad entre la 3ra edad en todo el mundo, independientemente de si la caída fue deliberada o no, 646 000 personas han perdido la vida por este problema y, como resultado, el 81 % de estas muertes se producen en diversas ciudades y países que se centran en el crecimiento. En Estados Unidos, aproximadamente 37,3 millones de caídas

sucedan entre las personas mayores que tienen consecuencias graves, lo que provoca un aumento en la asistencia médica. (4)

### **A nivel nacional**

El MINSA, en el 2022, se afirmó que el sesenta por ciento de las caídas que se produjeron entre las personas mayores tuvieron lugar en sus hogares, el 30% en lugares públicos y el cinco por ciento en hospitales o centros de salud. Se cree que el miedo a caerse en la última etapa de la vida se desarrolla cuando una persona comienza a experimentar cambios como resultado del envejecimiento. Esto es un hecho bien conocido. Para caminar correctamente, se requiere una cantidad significativa de fuerza muscular, un grado de actividad funcional y una postura correcta que sean independientes entre sí, con el objetivo de evitar que el cuerpo humano adopte una postura incorrecta, lo que con el tiempo provoca un aumento de las complicaciones en el desarrollo natural del movimiento. (5)

Las caídas son un problema que daña a las personas mayores y constituyen un escenario complicado que conlleva una serie de factores de riesgo, implicaciones físicas en términos patológicos. No solo se trata de problemas físicos, sino también psicológicos, sociales y económicos que surgen como consecuencia de las caídas. (6)

### **A nivel local**

En el plano local, se ha demostrado que la pandemia ha tenido un impacto en personas de diferentes edades, especialmente en las personas mayores, como lo demuestra el hecho de que un número significativo de ellas haya fallecido en la región de Puno, su salud se ha visto gravemente afectada en todos los aspectos porque temen ser clasificados como personas vulnerables de alto

riesgo. Estos se ven afectada por un problema de salud muy extendido y significativo conocido como caídas, que a menudo provocan muertes. Se prevé que, en un solo año, más del treinta por ciento de las personas mayores sufrirán al menos una caída, y el treinta por ciento de esos adultos informarán de lesiones (fracturas) como consecuencia de haber caído sobre algún objeto. La movilidad y la institucionalización de estas lesiones están relacionadas con el hecho de que fueron causadas por caídas. (7)

Las caídas no son un fenómeno aleatorio, sino que se deben en parte a debilidades fisiológicas, como la disminución del equilibrio, la debilidad muscular y el aumento del tiempo de respuesta, que están naturalmente asociadas al envejecimiento. En la misma línea, el deterioro cognitivo se ha relacionado con las caídas. Por ejemplo, se plantea la hipótesis de que una pequeña reducción del rendimiento cognitivo podría provocar inestabilidad postural, lo que a su vez puede aumentar la probabilidad de sufrir una caída. Además, cerca del sesenta por ciento de las personas mayores con deterioro cognitivo afirman haber sufrido alguna caída a lo largo del año. Esta cifra duplica el porcentaje registrado entre las personas de la misma edad sin deterioro cognitivo. En muchas ocasiones el deterioro no sabe tenerse de importancia para muchos análisis. Se han identificado muy pocos estudios nacionales que evalúen el riesgo de caídas. Además, en lo que respecta a la prevención de caídas, las instrucciones proporcionadas por las instituciones para las personas con deterioro. Es posible que esto se deba al hecho de que no se puede determinar el verdadero efecto que este problema ha tenido en la población peruana. El fin es apoyar técnicas eficaces de prevención de caídas de personas mayores. (7)

### **1.1.1. Problema general**

**PG.** ¿De qué manera la capacidad funcional está relacionado al riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Santa María Juliaca 2025?

### **1.1.2. Problema específico**

**PE1.** ¿Cuáles son las características personales relacionados al riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Santa María?

**PE2.** ¿Cuáles son los indicadores de la valoración de la capacidad funcional relacionados al riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Santa María?

**PE3.** ¿Cuál es el riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Santa María?

## **1.2. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

### **1.2.1. Justificación teórica**

Desde el enfoque teórico, este estudio del envejecimiento y su impacto en la capacidad funcional, entendida como la facultad del individuo para realizar de manera autónoma sus actividades. Diversas teorías del envejecimiento funcional y la fragilidad, como el modelo de ciclo de la discapacidad de Nagi o el modelo de Fried sobre fragilidad geriátrica, sustentan que el deterioro físico, cognitivo y sensorial influye directamente en la disminución de la funcionalidad y, por ende, en la mayor vulnerabilidad ante eventos adversos como las caídas.

Además, múltiples estudios han evidenciado que el examen sistemático de la capacidad funcional permite predecir el riesgo de caídas, constituyéndose en una herramienta clave para la prevención. Por tanto, esta investigación busca

aportar al cuerpo teórico existente al analizar la relación entre ambas variables en un contexto específico, brindando evidencias desde una perspectiva local que pueden complementar los enfoques globales ya establecidos.

### **1.2.2. Justificación práctica**

En el plano práctico, este estudio reviste gran importancia para la comunidad de adultos mayores del P.S. Santa María, en Juliaca. Esta población, en su mayoría con recursos limitados y múltiples condiciones de salud, requiere intervenciones que promuevan su autonomía, funcionalidad y calidad de vida. Sin embargo, las estrategias de prevención de caídas muchas veces no consideran una evaluación integral de la capacidad funcional, lo que limita su efectividad.

Los resultados de esta investigación permitirán identificar factores de riesgo funcionales específicos, lo cual facilitará a los profesionales en la creación de planes de intervención personalizados, mejorando así la atención primaria geriátrica. Además, contribuirá a sensibilizar al personal de salud y a la comunidad sobre la importancia de mantener la capacidad funcional como medio para prevenir caídas y evitar la dependencia.

### **1.2.3. Justificación metodológica**

Se justifica por su enfoque cuantitativo, que permitirá medir objetivamente la capacidad funcional mediante instrumentos validados, y correlacionarla con el riesgo de caídas. El diseño transversal y correlacional es adecuado para establecer relaciones entre variables en un momento específico, permitiendo obtener información valiosa en un tiempo relativamente corto y con recursos accesibles. Asimismo, el estudio contribuye a generar evidencia local en un entorno donde escasean investigaciones similares, fortaleciendo así la base de

datos para futuras investigaciones, y orientando políticas de atención primaria más contextualizadas y efectivas para la población geriátrica de Juliaca y regiones similares.

### **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.3.1. Objetivo general**

**OG.** Analizar la capacidad funcional relacionado al riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Santa María Juliaca 2025.

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

**OE1.** Identificar las características personales relacionados al riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Santa María.

**OE2.** Describir la valoración de la capacidad funcional relacionado al riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Santa María.

**OE3.** Identificar el riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Santa María.

### **1.4. HIPÓTESIS**

#### **1.4.1. Hipótesis general**

**HG.** La capacidad funcional está relacionada significativamente al riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Santa María Juliaca 2025.

#### **1.4.2. Hipótesis específicas**

**HE1.** Las características personales relacionados al riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Santa María son: La edad, el

género, el estado nutricional, persona con quien conviven, ocupación y cuidados preventivos.

**HE2.** Los indicadores de la valoración de la capacidad funcional relacionados al riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Santa María son: Las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

**HE3.** El riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Santa María es bajo riesgo de caídas.

## **1.5. VARIABLES**

**Variable 1:** Capacidad funcional.

**Variable 2:** Riesgo de caídas.

## 1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE VALORES
<b>Variable 1</b>  1. Capacidad funcional	1.1 Características personales	1.1.1 Edad	a. 60 a 64 años b. 65 a 69 años c. 70 a 74 años d. 75 a 79 años
		1.1.2 Genero	a. Masculino b. Femenino
		1.1.3 Estado nutricional	a. Adelgazado (< de 23) b. Normal (23.1 a 27.9) c. Sobrepeso (28 a 31.9)
		1.1.4 Persona con la cual convive	a. Vive solo(a) b. Con su pareja de similar edad c. Con sus hijos
		1.1.5 Ocupación	a. Trabajo doméstico y cuidado de nietos b. Comercio informal c. Actividades agropecuarias y textiles
		1.1.6 Cuidados preventivos	a. Asiste a sus chequeos periódicos al establecimiento de salud b. No asiste a sus chequeos
	1.2 Valoración de la capacidad funcional	1.2.1 Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)	a. Independiente (100 puntos) b. Dependencia leve (91 a 99 puntos) c. Dependencia moderada (61 a 90 puntos) d. Dependencia severa (21 a 60 puntos)
		1.2.2 Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)	a. Independiente (8 puntos) b. Dependencia leve (6 a 7 puntos) c. Dependencia moderado (4 a 5 puntos) d. Dependencia severo (2 a 3 puntos)
<b>Variable 2</b>  2. Riesgo de caídas	<b>Indicador</b>  2.1 Resultados		<b>Escala de valores</b> a. Alto riesgo de caídas (0-18 puntos) b. Riesgo moderado de caídas (19 a 24 puntos) c. Bajo riesgo de caídas (25 - 28 puntos)

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

##### 2.1.1. A nivel internacional

Partezani (8). En su artículo sobre “Causas y factores asociados a las caídas del adulto mayor” Brasil 2020. **Objetivo:** Determinar la prevalencia, las características, las causas y los factores asociados a las caídas del adulto mayor. **Metodología:** Es una investigación descriptiva y transversal con 183 pacientes adultos mayores que estaban siendo tratados en una clínica geriátrica ubicada dentro de un hospital. Para la recopilación de datos incluyeron instrumentos de perfil demográfico, la Escala de Depresión, el Índice de Barthel, el Mini Examen del Estado Mental, la Escala de Lawton y Brody, así como el número de caídas, sus características y los factores que las provocaron. Con un umbral significativo de  $p \leq 0,05$ , se utilizaron estadísticas descriptivas para el estudio y se tuvieron en cuenta las razones de probabilidades para la evaluación de riesgos. **Resultados:** Las personas que sufrieron caídas fue del 24 %. Las salas de estar, los dormitorios y las calles fueron los lugares más habituales en los que se produjeron estas caídas. El 9,1 % de las personas que sufrieron caídas fueron trasladadas al hospital y el 59,1 % resultaron heridas. Una de las

repercusiones de la caída era tener dificultades para caminar, otra era tener miedo a volver a caerse y una tercera era tener que mudarse. Tener al menos ochenta años, no estar jubilado y mostrar signos de tristeza eran factores relacionados con la ocurrencia de caídas involuntarias. **Conclusiones:** Hay una serie de características que pueden estar relacionadas con las caídas, y es necesario enseñar al personal médico a reconocer estos factores para facilitar el desarrollo de planes de atención individualizados que puedan evitar incidentes graves.

**Terrazas (9).** En su artículo sobre “**Funcionalidad familiar y riesgo de caídas en adultos mayores hospitalizados**” Camagüey 2024. **Objetivo:** Determinar la asociación entre funcionalidad familiar y riesgo de caídas en el adulto mayor hospitalizado. **Métodos:** Se llevaba a cabo una investigación comparativa y analítica transversal sobre ellas. Mediante el uso de la fórmula de dos proporciones, se determinó que la muestra incluiría un total de 61 personas en cada grupo. Un grupo estaba formado por personas mayores con una familia sana, mientras que el otro grupo estaba formado por personas mayores con una familia disfuncional. Entre los factores que se investigaron se encontraban los siguientes: edad, sexo, nivel educativo, funcionamiento familiar, riesgo de caídas, indicación de que un familiar pasara la noche en el hospital y presencia de un familiar al lado del paciente. Utilizamos la prueba APGAR para evaluar el funcionamiento y la escala de Newman para evaluar caídas, ambas administradas tras obtener el consentimiento informado previo. El análisis inferencial se realizó con la ayuda de la prueba  $\chi^2$  y la odds ratio. El análisis estadístico descriptivo se llevó a cabo utilizando frecuencias, medias, porcentajes de confianza con un nivel de certeza del 95 %. **Resultados:** En

cuanto a la edad, la media era de 70,90 años y 73,77 años. En ambas categorías predominaban los hombres adultos y las personas con estudios de primaria. El 75 % del grupo 2 no tenían acompañantes, el 42 % de ellos afirmaba tener un familiar permanente. El grupo familiar disfuncional presentaba un riesgo estadísticamente significativo mayor de sufrir caídas, del 50,8 %, en comparación con el grupo familiar funcional, cuyo riesgo de sufrir caídas era del 27,9 % ( $p = 0,030$ ). **Conclusión:** Tener una familia que funciona bien y que un familiar los acompañe durante su hospitalización son factores protectores para las personas mayores con bajo riesgo de ser hospitalizadas por caídas.

**Santiago y Gonzales (10). En su artículo sobre “Factores de riesgo de caídas e índice de masa corporal en el adulto mayor hospitalizado 2020.**

**Objetivo:** Contrastar las diferencias entre los factores de riesgo de caídas y el IMC en el adulto mayor hospitalizado. **Métodos:** Se llevó a cabo una investigación descriptiva y comparativa. Muestreo por conveniencia no probabilístico, y la muestra incluyó a 122 pacientes de edad avanzada que fueron hospitalizados en los departamentos de urgencias, ginecología y medicina interna. Se utilizó la escala Morse Fall Scale para evaluar los elementos que contribuían al riesgo de caídas. Se utilizaron varias estadísticas descriptivas e inferenciales, entre ellas Kruskal-Wallis, Chi-cuadrado y Cramer's V.

**Resultados:** La edad era de  $70,94 \pm 7,50$  años, y su IMC era de  $28,66 \pm 3,80$ . Las variables de riesgo más significativas fueron los antecedentes de caídas, la presencia de vías periféricas y la falta de exposición al ejercicio físico.

**Conclusión:** Caminar se considera como riesgo de caídas que difiere notablemente del IMC. Esto se debe a que las personas mayores con sobrepeso

tienen caminata peor, lo que puede impedirles mantener el equilibrio y, por lo tanto, aumentar la posibilidad de sufrir una caída.

**Pinto y Muñoz (11). En su artículo sobre “Riesgo de caída y factores predisponentes en Adultos Mayores” UCLA 2025.** El **objetivo:** Evaluar el riesgo de caída y factores predisponentes en adultos a partir de 65 años del ambulatorio UCLA 2025. **Metodología:** Estudio transversal descriptivo, con una población de cien personas mayores, se realizó una entrevista guiada con el fin de recopilar datos, se utilizó el SARC-F la cual evaluara el peligro de sarcopenia, el índice de Barthel la cual evaluara la existencia y el grado de dependencia funcional, y la escala de Tinetti la cual evaluara las caídas. Los **resultados** fueron: El riesgo de caídas es moderado, con un 44 %, mientras que el peligro es considerable, con un 29 %, según las estadísticas. Los medicamentos que aumentan el riesgo de caídas representan el 74 % de los factores que predisponen a las personas a sufrir caídas. A continuación, se encuentra la dependencia, con un 63 %, la sarcopenia, que ocurre con menos frecuencia, con un 30 %, y otros trastornos, que representan el 22 % de los factores. En todos los casos de riesgo de caídas, predominaron las mujeres. Las personas institucionalizadas tenían un alto riesgo de caídas, del 79,3 %. Más del 62 % tienen un alto riesgo de caídas presentaban sarcopenia. Según los resultados, se puede afirmar que el riesgo más común de caídas entre las personas investigadas era moderado, seguido del riesgo alto.

**Cuesta y Arredondo (12). En su artículo publicado sobre “La prevención de las caídas de las personas mayores y sus familiares: una síntesis” Ecuador 2021.** **Objetivo:** Analizar y sintetizar la evidencia sobre la prevención de las caídas de las personas mayores de 65 años. **Método:** Se

utiliza un diseño convergente para la síntesis cualitativa que se incluye en una revisión sistemática integrada. Se conservaron los textos completos de cuarenta y un estudios cualitativos para su posterior análisis, y se seleccionaron nueve investigaciones en las que participaban cuidadores familiares. **Resultados:** Los esfuerzos de familias para evitar las caídas entre personas de tercera edad están mediados por las conexiones que existen dentro de la familia, así como por los cuidados que se proporcionan; la caída dependiente indica un punto de inflexión en estas dinámicas relacionales. Los cuidadores son un grupo susceptible de sufrir caídas, por lo que deben protegerse mediante medidas preventivas. **Conclusión:** Las intervenciones preventivas mejorará y su aceptación será más fácil si se tiene en cuenta el contexto de las relaciones familiares y de los cuidadores.

### 2.1.2. A nivel nacional

**Leiton (13). En su artículo sobre en su artículo sobre “Predicción de caídas y caídas recurrentes en adultos mayores” La Libertad Perú 2019.**

**Objetivo:** Determinar la predicción de las caídas y caídas recurrentes asociadas a factores de riesgo en el adulto mayor. **Metodología:** Se utilizaron métodos de investigación cuantitativos y transversales. En el estudio se utilizaron métodos tales como los medicamentos autoinformados, perfil social, enfermedades, estado cognitivo, caídas, actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y dinámico y equilibrio estático. La muestra es de 1110 personas que vivían en sus propios hogares. **Resultados:** La mayoría eran mujeres, de entre 60 y 79 años, que vivían con otras personas, tenían cónyuge y trabajaban. Se descubrió que el 30,5 % de las personas se caían y el 14 % se caían más de una vez. La mayoría de los participantes no presentaban ningún deterioro cognitivo,

necesitaban ayuda con las habilidades instrumentales, pero podían realizar actividades básicas por sí mismos, no mostraban signos de depresión y mantenían el equilibrio tanto estático como dinámico. Como resultado del análisis de regresión, se observó una correlación en la incidencia de caídas y el hecho de ser mujer, vivir solo, padecer muchas enfermedades y tomar muchos medicamentos, y depender de otras personas para realizar tareas básicas. Se observó una correlación entre vivir solo, tomar medicamentos y depender de actividades instrumentales con la aparición de caídas persistentes. **Conclusión:** Existen diversas variables relacionadas con las caídas, y su identificación temprana es fundamental para que el equipo multidisciplinar pueda desarrollar planes de cuidados. Esto ayuda a evitar problemas tanto físicos como psicológicos.

**Arcelles y Fernández (14).** En su artículo titulado “**Capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores de la Asociación Regional de Cesantes y Jubilados de Educación de Tacna, 2023.** **Objetivo:** Establecer la relación que existe entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas en adultos mayores de la ARCIJET. **Metodología:** Se utilizó una muestra aleatoria simple para recopilar datos para el diseño relacional básico con una sola medición. Este diseño contó con 1250 miembros y 295 instructores. Para evaluar las actividades esenciales de la vida diaria, se utilizó la escala de Lawton y Brody, mientras que para evaluar las mediciones de movilidad y equilibrio se utilizó la escala de Tinetti. **Resultados:** Existe una ligera dependencia entre el 48,5 % de los entrevistados. El 40,7 % de los participantes tienen entre 71 y 75 años, según las características sociodemográficas desglosadas por edades. La correlación rho de Spearman indica que el 58 % de los participantes son mujeres. Esto se

refiere a los parámetros sociodemográficos clasificados según el género. Los coeficientes entre las dos variables son 0,459, lo que indica una relación algo favorable entre ellas. Del mismo modo, el grado de significación (Sig.) para la relación bilateral es 0,000. **Conclusión:** Se observó una correlación de la capacidad funcional y el riesgo de caídas entre las personas mayores que eran miembros de la asociación regional de trabajadores de la educación desempleados y jubilados de Tacna. Esta fue la concluir a la que se llegó tras completar la investigación.

**Villar (15). En su tesis sobre “Capacidad funcional asociada al riesgo de caídas en adultos mayores de un centro privado de rehabilitación de Lima, 2023.” Lima 202. Objetivo:** Determinar la relación entre la Capacidad funcional y el riesgo de caídas en adultos mayores que asisten a un centro de rehabilitación. El estudio de investigación es cuantitativa, correlacional y transversal en la que participaron ochenta personas de entre 65 y 79 años. Estas personas fueron seleccionadas mediante una muestra censal. Se utilizaron dos instrumentos diferentes: la escala de Barthel se evalúa la capacidad funcional, y la escala de Tinetti se utilizó para evaluar la reducción del riesgo. Se observó que el 51 % de la población estaba compuesta por mujeres, y que la mayoría de la población tenía entre 65 y 69 años, en cuanto a la dependencia funcional, se descubrió que el 51 % de las personas presentaban algún grado de dependencia, y en cuanto al riesgo de caídas, se descubrió que el 64 % de las personas presentaban un riesgo de caídas de moderado a alto. **Conclusión:** Existe la relación entre la capacidad funcional y los riesgos de caídas en la tercera edad.

**Rivera (16). En su tesis “La capacidad funcional y su relación con el riesgo de caída en los adultos mayores albergados en el centro Geriátrico de la beneficencia pública “San Vicente de Paul” Lima 2022”** **Objetivo:** Determinar la relación de la capacidad funcional con el riesgo de caída de los adultos mayores albergados en el Centro Geriátrico de la Beneficencia Pública. **Materiales y métodos:** Es cuantitativo y el diseño metodológico es tanto descriptivo como transversal. La muestra es de 127 personas mayores que serán reclutadas. Este estudio proporcionará una muestra no probabilística basada en un censo. **Resultados.** El 62 % de las personas mayores presenta una moderada dependencia y un riesgo alto de caídas, según la asociación entre los términos de actividades fundamentales y caídas. Esto indica que existe una relación en el 6 % de los adultos más jóvenes. Existe una correlación entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas, la terapia farmacológica: el 45,3 % de los pacientes presenta una dependencia moderada y un riesgo elevado de caídas, mientras que el 10 % presenta un riesgo bajo. La capacidad funcional y el riesgo de caídas en términos de deficiencia sensorial, estado mental y deambulación, el 67,7 % de la población presenta una dependencia moderada y un alto riesgo de caídas, con una proporción del 7 %. **Conclusiones:** El 53,5 % de las personas mayores tienen una dependencia moderada y un riesgo alto de caídas, seguidas por un 9,4 % que son independientes, pero tienen un riesgo alto y bajo de caídas, con una proporción del 7 %.

**Espinoza (17). En su investigación sobre capacidad funcional y riesgo de caída en adultos mayores del CIAM del distrito de los Olivos” Lima 2020.** **Objetivo:** Determinar la asociación entre Capacidad Funcional y Riesgo de caída en adultos mayores del CIAM los Olivos 2017. **Material y**

**Métodos:** Mediante el uso de un formulario de recopilación de datos, en 2017. Es descriptiva transversal y correlacional con el fin de realizar entrevistas a un total de 130 personas mayores que eran miembros del CIAM en la zona de Los Olivos. El índice de Barthel y la escala de Lawton y Brody fueron las medidas utilizadas las cuales evaluaron la capacidad funcional. Para determinar la probabilidad de sufrir caídas, se utilizó la escala de Tinetti. **Resultados:** La edad media era de 74,21 años, con una DS de 7,71 años. El 83,9 % estaba compuesta por mujeres. La edad oscilaba entre los sesenta y los noventa y dos años. El 29,5 % de la población estaba compuesta por personas de entre 70 y 74 años. **Conclusiones:** El 62 % de la población corría peligro de sufrir una caída. El 54 % de las personas mayores dependían de otros en cuanto a su capacidad funcional, y el 73 % dependían de otros también corrían riesgos de una caída. Se determinó que la correlación entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas es significativa ( $p = 0,000$ ), tal y como se muestra en la frase anterior.

**Sedano (18). En su tesis sobre conocimiento de prevención de caídas del adulto mayor en consulta externa del INEN Lima 2022. Objetivo** determinar la relación entre el síndrome de caídas y la capacidad funcional en adultos mayores. **Metodología:** Cuantitativa, de diseño no experimental y de forma descriptiva-correlacional. La muestra estuvo compuesta por 46 personas que participaban en el programa de salud para adultos de la organización. Para realizar el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS versión 22, se empleó el método de encuesta y se utilizaron como herramientas el índice de Katz y la escala de Downton. **Resultados:** El 63,0 % de los participantes presentaba un elevado riesgo de caídas, el 30,4 % un medio riesgo y solo el 6,5 % un bajo riesgo. El 63,0 % de los participantes presentaba un riesgo elevado,

el 30,4 % un medio riesgo y solo el 6,5 bajo. **Conclusiones:** En las personas mayores que reciben tratamiento en el Centro de Salud, existe una asociación directa entre el síndrome de caídas y la capacidad funcional.

**Cjuro y Mamani (19). En su tesis sobre capacidad de autocuidado y riesgo de caídas en adultos mayores Micro Red Ciudad Blanca. Paucarpata Arequipa 2019. Objetivo** Establecer la relación entre la capacidad del autocuidado y el riesgo de caídas en adultos mayores. **Metodología:** Es cuantitativo, no experimental, descriptivo-correlacional; la muestra es de 46 ancianos. **Resultados:** se descubrió que la mayoría son mujeres (67,8 %), tienen entre 70 y 79 años (49,4 %) y son viudas (51,7 %), En cuanto al nivel educativo, no ha recibido ningún tipo de escolarización (64,4 %). La hipertensión arterial presenta el (56,3 %), mientras que la osteoporosis afecta a una proporción menor (4,6 %). Ambas afecciones se consideran enfermedades contemporáneas. En cuanto a la «Capacidad para el autocuidado», el 62,1 % tienen un nivel bajo de capacidad para el autocuidado. El 57,5 % corren un alto riesgo de sufrir caídas. **Conclusiones:** Se descubrió un nivel estadísticamente significativo ( $P < 0,026$ ) mediante el chi-cuadrado no paramétrica, la cual lleva a aceptar la hipótesis de que existe una correlación entre la capacidad para cuidar de uno mismo y el riesgo de caídas, debido al hecho de que las personas mayores con una capacidad limitada para cuidarse a sí mismas corren un alto riesgo de sufrir caídas, y aquellas con una gran capacidad para cuidarse a sí mismas también corren peligro de sufrir caídas.

**Ruiz (20). En su tesis sobre Capacidad funcional asociada al riesgo de caídas en adultos mayores de un centro privado de rehabilitación de Lima, 2023. Objetivo** determinar la relación entre la Capacidad funcional y el riesgo de

caídas en adultos mayores que asisten a un centro de rehabilitación.

**Metodología:** Fue cuantitativo, correlacional y transversal, e incluyó a ochenta personas de 65 a 79 años. Las personas fueron seleccionadas a partir de una muestra censal. Para cuantificar las variables, se utilizaron dos instrumentos diferentes: la escala de Barthel y la escala de Tinetti. **Resultados:** El 51 % de la población estaba compuesta por mujeres, entre los 65 y los 69 años. Se demostró que el 51 % grado de dependencia en las actividades funcionales y, en cuanto al riesgo de caídas, el 64 % presentaba riesgo de moderado a alto. **Conclusión:** Según los resultados del estudio, existe una correlación entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas en la tercera edad.

### 2.1.3. A nivel regional

**Quispe (21).** En su tesis sobre **Síndrome de caídas y capacidad funcional en adultos mayores del Centro de Salud La Revolución, Juliaca 2020.** **Objetivo** determinar la relación entre el síndrome de caídas y la capacidad funcional en adultos mayores. **Metodología:** La investigación fue de naturaleza cuantitativa y se llevó a cabo utilizando un enfoque descriptivo-correlacional que no incluyó ningún experimento. La muestra incluyó a 46 personas mayores que participaban en el programa de salud para adultos. Se utilizó un método de encuesta y varias herramientas, entre ellas el índice de Katz y la escala de Downton. **Resultados:** El 63,0 % tienen un elevado riesgo de caídas, el 30,4 % presentaba un medio riesgo y solo el 6,5 % es bajo. En comparación, el 45,7 % de las personas presentaba una discapacidad funcional moderada, el 41,3 % discapacidad grave y solo el 13,0 % no tiene discapacidad. La correlación reveló que existía una conexión significativa, con un valor de  $p = 0,00$  y un coeficiente de correlación de  $r = 0,854^{**}$ . **Conclusiones:** En las personas mayores que

reciben tratamiento, existe una asociación significativa entre el síndrome de caídas y la capacidad funcional.

**Vidal y Yerba (22). En su tesis sobre: Relación entre la calidad de vida y el riesgo de caídas del adulto mayor atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2019.** El **propósito** fue el determinar la relación entre la calidad de vida y el riesgo de caídas del adulto mayor. **Metodología:** Las entrevistas se utilizaron como método de recopilación de datos, y se emplearon entrevistas estructuradas como instrumento. El estudio fue de tipo correlacional y la muestra fue probabilística, compuesta por cuarenta y cuatro personas mayores. **Resultados:** Se demostró que el 59,09 % de las personas tenían un riesgo significativo de sufrir caídas, que el 72,73 % tenían un mal funcionamiento social, que el 61,36 % tenían un funcionamiento social deficiente y que el 81,82 % tenían graves limitaciones en sus funciones debido a dificultades físicas, el 70,45 % de las personas tenían limitaciones graves en su función relacionadas con problemas emocionales, el 59,09 % tenían mala salud mental, el 65,91 % tenían poca vitalidad en la madurez, el 61,36 % tenían molestias leves en la vejez. **Conclusión:** Se ha determinado que existe una correlación negativa entre la calidad de vida en todos sus aspectos y el riesgo de caídas.

## **2.2. MARCO TEÓRICO**

### **1. CAPACIDAD FUNCIONAL**

Se comprende a las capacidades sociales, físicas y mentales que permiten a una persona realizar de forma autónoma y eficiente en las actividades diarias. Esta capacidad incluye aspectos como el equilibrio, la movilidad, la fuerza muscular, la coordinación, la cognición y la capacidad sensorial, siendo fundamental para

tener independencia, especialmente en la población adulta mayor. La geriatría y la salud pública, es un indicador clave del estado de salud general del adulto mayor y un predictor del riesgo de discapacidad, hospitalización, institucionalización o muerte. Su evaluación permite identificar tempranamente signos de deterioro que pueden estar asociados a caídas, enfermedades crónicas, síndrome de fragilidad o envejecimiento patológico. (23)

Según la OMS, mantener y promover esta capacidad en adultos mayores es esencial para lograr un envejecimiento saludable, entendiendo esta como la capacidad de ser y hacer lo que cada persona valora a lo largo de su vida. (24) Este concepto, fundamental en la valoración geriátrica integral, engloba la capacidad de ejecutar tanto las ABVD, medidas con escalas como el Índice de Katz o Barthel, como las AIVD, medidas con la Escala de Lawton y Brody. La OMS la considera el resultado de la capacidad intrínseca (salud física y mental) y su interacción con el entorno. Su evaluación periódica es esencial para detectar precozmente el deterioro funcional, identificar la fragilidad, prevenir la dependencia y diseñar estrategias de intervención individualizadas que permitan al adulto mayor mantener la máxima autonomía.

La vejez se define como la etapa final del ciclo vital humano, un proceso heterogéneo y no lineal que se caracteriza por la acumulación de cambios sociales, biológicos y psicológicos. Biológicamente, representa la senescencia, que es el decrecimiento del organismo, aumentando la vulnerabilidad a las enfermedades y la fragilidad. Psicológicamente, implica la necesidad de adaptarse a nuevos roles (como la jubilación) y a las pérdidas, buscando la integridad personal a través de la revisión de la vida. Socialmente, la vejez se enmarca en la percepción cultural del anciano y su rol en la sociedad. Es crucial

entender que la vejez no es sinónimo de enfermedad, sino una fase con sus propios desafíos, y el objetivo de la gerontología es mantener a los ancianos activos y exitoso, manteniendo la autonomía, participación.

**Características de la Vejez:**

A nivel celular, implica la acumulación de daños moleculares y celulares que reducen la capacidad de las células para repararse y replicarse eficientemente. Esta disminución funcional conlleva una mayor vulnerabilidad al estrés y a las enfermedades, fragilidad, dependencia y muerte. El envejecimiento es un proceso heterogéneo: la velocidad y la forma en que ocurre varían drásticamente entre individuos, influenciado por factores genéticos, estilos de vida, y el entorno. El estudio del envejecimiento busca comprender cómo mantener la máxima capacidad funcional durante el mayor tiempo posible (envejecimiento activo).

**Disminución de la Reserva Funcional:** Es el rasgo más definitorio. Hay un deterioro gradual en la capacidad de los órganos y sistemas para funcionar al máximo rendimiento, lo que resulta en una menor capacidad de adaptación al estrés (por ejemplo, ante una enfermedad o cirugía).

**Heterogeneidad:** El envejecimiento es altamente individualizado. Dos personas de la misma edad cronológica pueden presentar enormes diferencias en su estado de salud y capacidad funcional.

**Fragilidad Incrementada:** Aumenta la vulnerabilidad ante eventos adversos, lo que puede desencadenar la dependencia.

**Rasgos Faciales:** son el conjunto de cambios morfológicos, estructurales y de textura que experimenta el rostro humano con el paso de los años, reflejando el envejecimiento cutáneo, óseo y muscular subyacente. Estos cambios ambientales (como la exposición solar) y biológicos.

**Pérdida de Elasticidad y Arrugas:** La disminución de colágeno y elastina provoca una pérdida de firmeza, resultando en la formación de arrugas dinámicas (de expresión) y estáticas (líneas permanentes), especialmente patas de gallo y la boca.

**Redistribución de Grasa y Flacidez:** Se produce una atrofia y desplazamiento de las almohadillas de grasa facial, que migran hacia abajo debido a la gravedad. Esto causa la pérdida de volumen en pómulos y sienes, y la formación de pliegues nasolabiales más profundos y la aparición de "papada" (jowling).

**Cambios Óseos y Musculares:** La reabsorción ósea en la mandíbula y el contorno de los ojos cambia la estructura de soporte. Los músculos faciales pueden perder tono o, por el contrario, volverse hiperactivos, acentuando las líneas de expresión.

**Alteraciones de la Piel:** La piel más fina, seca y pálida debido a la disminución de la vascularización y la hipoactividad de glándulas sebáceas. Son comunes las manchas de la edad (léntigos solares) y la presencia de vasos sanguíneos dilatados (telangiectasias).

Son comunes las manchas de la edad (léntigos solares) debido a la acumulación de melanina por daño solar. También puede haber fragilidad capilar que resulta en púrpura senil (moretones fáciles) y telangiectasias (vasos dilatados).

### **1.1. Características personales**

Hacen referencia al conjunto de atributos individuales que identifican y diferencian a cada persona dentro de este grupo etario, y pueden influir en la salud, funcionalidad y calidad de vida. Estas características incluyen variables demográficas, condiciones socioeconómicas (nivel educativo, ingresos, tipo de vivienda), antecedentes personales de salud (presencia de enfermedades crónicas, consumo de medicamentos, antecedentes de caídas), así como factores psicológicos y sociales (nivel de apoyo familiar, redes de contacto, grado de autonomía y percepción del envejecimiento). (25)

Desde un enfoque geriátrico, estas características son fundamentales para entender la situación integral del adulto mayor, porque tienen el potencial de actuar como factores protectores o de riesgo en relación con sucesos adversos, como la discapacidad, la dependencia funcional o las caídas. Por tanto, su identificación permite un abordaje más personalizado, preventivo y centrado en la persona. (25)

#### **1.1.1. Edad**

En el contexto normativo peruano, la edad que identifica a una persona como adulta mayor es 60 años o más, tal como lo establece la Ley N.º 30490 de la Persona Adulta Mayor. Esta legislación, dictada en 2016, define específicamente que se considera persona adulta con edad de 60 años o más. (26)

Aunque esta definición proviene del MIMP, es la base normativa ampliamente aceptada y aplicada en el sistema de salud peruano, incluyendo al MINSA. Es decir, en la práctica, el Ministerio de Salud de Perú asume también este umbral etario para definir a los adultos mayores. (26)

Se concibe primariamente como un indicador cronológico que marca la vejez, típicamente a partir de los 60 o 65 años. Sin embargo, su relevancia radica en que funciona como un factor de riesgo en la disminución progresiva de la reserva fisiológica. Al pasar los años se intensifica el desarrollar fragilidad, dependencia funcional y comorbilidades múltiples. Es crucial distinguirla de la edad biológica o funcional, que refleja el estado real de los sistemas corporales. La heterogeneidad es la norma: dos personas de la misma edad cronológica pueden tener capacidades funcionales radicalmente distintas. Por ello, la atención gerontológica se centra más en la capacidad funcional que en la edad en sí misma.

### **1.1.2. Genero**

El género en los adultos mayores porque tienen el potencial de actuar como factores protectores o de riesgo en relación con sucesos indeseables y que influye significativamente en su experiencia de envejecimiento, estado de salud, acceso a servicios, rol familiar y nivel de autonomía.

En el contexto del envejecimiento, el género cobra particular relevancia debido a que hombres y mujeres enfrentan esta etapa de la vida de manera distinta. Por ejemplo, las mujeres tienden a vivir más años, pero con mayor carga de enfermedades crónicas, dependencia funcional y riesgo de pobreza, mientras que los hombres tienden a vivir menos, pero mayor prevalencia de conductas de riesgo a lo largo de su vida. Desde un enfoque de salud pública y atención

geriátrica, considerar el género permite identificar inequidades en la atención, orientar intervenciones diferenciadas y promover un envejecimiento más equitativo y digno para hombres y mujeres. (27)

### **1.1.3. Estado nutricional**

De acuerdo con la guía para la evaluación nutricional antropométrica de personas mayores elaborada por el MINSA, la evaluación se realiza utilizando el IMC y aplicando los criterios particulares que se enumeran a continuación: (28)

- Delgadez:  $IMC < 18.5$
- Estado nutricional normal:  $IMC > 18.5$  a  $< 25$
- Sobrepeso:  $IMC > 25$  a  $< 30$
- Obesidad:  $IMC \geq 30$

Esta clasificación proporciona una herramienta estandarizada para determinar el estado nutricional en la población adulta mayor, permitiendo orientar acciones clínicas oportunas y personalizadas. Además, los datos del ENAHO 2009-2010 revelan que solo el 40.8 % presentaban un estado nutricional normal; mientras que el 26.8 % estaban en condición de delgadez, el 21.7 % con sobrepeso y el 10.6 %, con obesidad. (28)

En el contexto del cuerpo humano, el término «salud» se refiere al estado que se produce como resultado del equilibrio entre las necesidades nutricionales del individuo, absorción y utilización de nutrientes que contienen los alimentos. Este es un indicador significativo tanto de su calidad de vida como de su salud funcional en la vejez. Esto se debe a que un estado nutricional óptimo proporciona la energía y los componentes necesarios para el mantenimiento de funciones cruciales, la movilidad y la función cognitiva en la vejez.

En esta población, el estado nutricional es particularmente vulnerable debido a factores complejos que convergen, como cambios fisiológicos (pérdida de masa muscular, disminución del metabolismo basal, alteraciones del gusto y apetito), enfermedades crónicas, el uso de múltiples medicamentos y factores psicosociales y económicos (aislamiento, depresión, bajo poder adquisitivo).

Una ingesta adecuada y equilibrada es esencial para contrarrestar los cambios fisiológicos del envejecimiento, como la anorexia y la menor capacidad de absorción de nutrientes. Su rol más crítico es en la prevención y tratamiento de la sarcopenia, ya que un consumo suficiente de proteínas de alta calidad es fundamental para la síntesis de proteínas musculares, manteniendo la fuerza y tono muscular que son la base de la capacidad funcional y la movilidad. Adicionalmente, la ingesta adecuada de Calcio y Vitamina D es indispensable para mantener la densidad ósea y prevenir la osteoporosis, reduciendo drásticamente el riesgo de fracturas catastróficas por caídas. Cuando la nutrición es deficiente, se desarrolla la malnutrición proteico-energética, lo que acelera la fragilidad, compromete el sistema inmunológico, retrasa la cicatrización y, en última instancia, disminuye la capacidad funcional para realizar las (ABVD y AIVD), llevando a la dependencia y a un peor pronóstico general.

**Factores de Riesgo:**

**Los factores fisiológicos:** incluyen la anorexia del envejecimiento (disminución del apetito y saciedad temprana) y las alteraciones orales (problemas dentales, disfagia) que dificultan la ingesta.

**Los factores clínicos** se centran en las enfermedades crónicas (cáncer, insuficiencia renal) que aumentan el gasto metabólico y la polifarmacia, cuyos efectos secundarios alteran el gusto o la absorción. Finalmente, los factores

socioeconómicos y psicológicos son cruciales: el aislamiento social reduce la motivación para comer, el deterioro cognitivo afecta la preparación de alimentos, y el bajo nivel económico limita el acceso a dietas nutritivas. La presencia de estos riesgos acelera la sarcopenia y la fragilidad, haciendo vital su detección y manejo temprano.

### **Malnutrición como Síndrome Geriátrico:**

Definido como un desequilibrio de nutrientes, lo cual lleva a resultados clínicos adversos. Más comúnmente se presenta como desnutrición proteico-energética y déficit de micronutrientes.

Este síndrome no es común, sino el resultado de múltiples factores (anorexia, enfermedades, polifarmacia). Su impacto es devastador porque acelera la fragilidad y la sarcopenia (pérdida de masa muscular), reduciendo la reserva fisiológica del cuerpo. Con ello, se incrementa drásticamente el riesgo de caídas y patologías, el tiempo de hospitalización y la dificultad en la cicatrización de heridas. La malnutrición es un predictor de peor pronóstico y mayor mortalidad, por lo que su detección y manejo oportuno son cruciales para preservar la vida.

### **Importancia de la nutrición:**

El estado nutricional influye directamente en la función del sistema inmune (inmunosenescencia), haciendo que la malnutrición aumente drásticamente la susceptibilidad a las infecciones (ej., neumonía). Además, cuando ocurre un evento traumático (como una caída o una cirugía), las demandas metabólicas aumentan significativamente. Una persona bien nutrida tiene las reservas proteicas y energéticas necesarias para una cicatrización más rápida, una menor estancia hospitalaria y una rehabilitación más efectiva. Sin reservas, el cuerpo recurre a degradar el músculo para obtener energía, exacerbando la sarcopenia

y conduciendo al fracaso de la recuperación. Por lo tanto, la nutrición actúa como el colchón de seguridad biológico del adulto mayor.

#### **1.1.4. Persona con la cual convive el adulto mayor**

La persona con la cual convive el adulto mayor representa un factor clave en su bienestar físico, emocional y funcional. El entorno de convivencia influye en la calidad de vida, ya que determina el apoyo social, afectivo y práctico que recibe en su vida cotidiana. Esta relación puede estar constituida por cónyuges, hijos, nietos, otros familiares, cuidadores o incluso por la convivencia en soledad. Diversos estudios los adultos mayores que conviven con familiares o cuidadores responsables tienden a tener un mejor control de sus enfermedades crónicas, mayor adherencia a tratamientos, mejor estado nutricional y menor riesgo de aislamiento social. (29)

Además, la presencia de una persona conviviente facilita la supervisión de actividades diarias, la prevención de caídas y el acompañamiento en situaciones de emergencia. Por el contrario, la convivencia con personas no capacitadas, con relaciones conflictivas o en un entorno negligente, puede aumentar el riesgo de maltrato, abandono, depresión, dependencia funcional y deterioro cognitivo. De igual modo, los que viven solos presentan un mayor riesgo sin recibir ayuda inmediata, lo que puede derivar en complicaciones graves. En la atención primaria de salud, conocer con quién convive el adulto mayor permite identificar su nivel de apoyo familiar o social y planificar intervenciones más efectivas, centradas en fortalecer redes de cuidado y fomentar entornos seguros y protectores. (29)

La persona que convive con el adulto mayor desempeña un papel de importancia capital como cuidador primario y pilar de soporte en el

mantenimiento de su bienestar y autonomía. Su presencia es esencial para la detección temprana de riesgos (como cambios en la salud o peligros ambientales) y para la gestión de enfermedades crónicas. Además de proveer asistencia física en las ABVD, el conviviente ofrece apoyo emocional y reduce significativamente el riesgo de aislamiento social y depresión. Actúa como un puente entre el adulto mayor y los servicios de salud, facilitando la adherencia a tratamientos y las consultas médicas. En esencia, la calidad de la convivencia es un determinante directo de la calidad de vida y un factor clave para un envejecimiento exitoso.

#### **1.1.5. Ocupación**

La ocupación del adulto mayor en la región Puno refleja una realidad compleja y fuertemente influenciada por factores económicos, sociales y culturales. A pesar de haber alcanzado la edad de jubilación, un porcentaje significativo de adultos mayores continúa participando en actividades económicas, ya sea por necesidad económica, sentido de utilidad o falta de apoyo social y previsión laboral. Según datos del INEI, en el Censo Nacional de 1993, aproximadamente el 33,1 % de los adultos mayores con discapacidad en Puno formaban parte de la población económicamente activa (PEA). Aunque este dato es antiguo, evidencia una tendencia persistente en esta región: la vida laboral más de los 60 años, muchas veces en condiciones informales y sin acceso a pensiones. (30)

Estudios más recientes, como el realizado a partir del ENAHO 2019, indican que en el ámbito laboral en Puno está determinada por múltiples variables. Por ejemplo, ser jefe de hogar incrementa en un 16,35 % la probabilidad de continuar trabajando. En contraste, vivir en zona urbana la

reduce en 15,74 %, al igual que el avance de edad (-1,15 % por año) y la presencia de alguna discapacidad (-9,54 %). Estas cifras muestran que muchos adultos mayores en Puno siguen trabajando por obligación, más que por elección, principalmente en actividades agrícolas, comercio informal o labores no remuneradas. Además, existe una evidente desprotección social, ya que gran parte de esta población carece de acceso a pensiones o redes de apoyo familiar suficientes. (30)

Una alta participación en ocupaciones significativas preserva y estimula la capacidad funcional, pues el uso continuo de habilidades físicas y cognitivas evita el deterioro acelerado y la sarcopenia por desuso. Por el contrario, la pérdida de ocupación tras la jubilación o por aislamiento social suele llevar a un estilo de vida sedentario, lo que acelera la disminución funcional y aumenta la fragilidad. Por lo tanto, el mantenimiento de roles y actividades con sentido es una estrategia preventiva esencial para extender la autonomía en la vejez.

#### **1.1.6. Cuidados preventivos**

Los cuidados preventivos del adulto mayor son un conjunto de acciones integrales y sistemáticas promovidas por el MINSA del Perú, orientadas a mantener y preservar la salud, funcionalidad y calidad de vida. Estas acciones buscan la prevención temprana de enfermedades, la identificación rápida del riesgo y de vida saludable para un crecimiento y desarrollo saludables y activos en las personas mayores. (31)

Incluyen, entre otros, la evaluación clínica regular, tamizajes para enfermedades crónicas y mentales, vacunación, educación en hábitos saludables, prevención de caídas y el fortalecimiento de redes sociales y comunitarias. (31)

Estas intervenciones se enfocan en promover el Envejecimiento Activo y, sobre todo, en la detección temprana de la fragilidad y la discapacidad, antes de que se establezcan o se compliquen. El modelo peruano enfatiza el VACAM como herramienta esencial para el cribado geriátrico, permitiendo un abordaje individualizado de los riesgos. Los cuidados incluyen la promoción de salud como la nutrición y la actividad física regular; la prevención de síndromes geriátricos y la polifarmacia; la inmunización; y el tamizaje de enfermedades. Además, un componente distintivo es la búsqueda activa de la integración familiar y social para combatir el aislamiento, reconociendo el rol crucial del entorno en la calidad de vida y así garantizar una vejez con máxima funcionalidad y bienestar.

Estos cuidados van más allá del tratamiento de patologías ya existentes, enfocándose en la promoción de la capacidad funcional y la autonomía. Incluyen estrategias de prevención primaria (ej. inmunizaciones, nutrición optimizada), prevención secundaria (detección precoz de hipertensión, osteoporosis) y prevención terciaria (rehabilitación para evitar la discapacidad tras un evento). La meta es reducir el riesgo de síndromes geriátricos como caídas y malnutrición, extender la vida independiente y, por ende, mejorar la calidad de vida, reduciendo al mismo tiempo la carga asistencial a largo plazo.

## **1.2. Valoración de la capacidad funcional**

La valoración de la capacidad funcional es un proceso clínico y social mediante el cual se evalúan las habilidades físicas, cognitivas y sociales de una persona, especialmente del adulto mayor, para determinar su capacidad en hacer las actividades básicas de la vida diaria siendo independiente. La valoración de la capacidad funcional es un proceso integral de evaluación que permite medir y analizar las habilidades físicas, cognitivas y sociales de una

persona, especialmente en adultos mayores, para saber su autonomía en actividades básicas. Este proceso es fundamental para identificar limitaciones funcionales, anticipar riesgos de dependencia y diseñar estrategias de intervención personalizadas que promuevan la mejora.(32)

Esta valoración permite identificar limitaciones o discapacidades que puedan afectar su autonomía, facilitando la planificación de intervenciones, cuidados o apoyos. (32)

Evaluar esta capacidad implica ir más allá del diagnóstico médico, abarcando la exploración de dominios clave como la esfera física (movilidad, equilibrio, marcha, fuerza), la mental/cognitiva (memoria, orientación), la afectiva y la social (redes de apoyo, situación económica y familiar). Se utilizan herramientas estandarizadas como los Índices de Katz y Barthel y de Lawton, además de pruebas de ejecución directa. Esta valoración detecta precozmente la fragilidad o cualquier grado de dependencia, permitiendo diseñar un plan de cuidado individualizado y proactivo, enfocado en mantener la autonomía y mejorar la calidad de vida. Es la base para trazar estrategias de intervención que eviten el deterioro y fomenten el envejecimiento activo.

### **1.2.1. Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)**

Son aquellas tareas fundamentales e indispensables que realizan de forma habitual para cuidar de sí misma y mantener su independencia física y funcional en el día a día. En adultos mayores comprenden un conjunto de tareas esenciales y fundamentales que una persona de edad avanzada debe poder realizar de forma habitual para cuidar de sí misma, mantener su autonomía funcional y preservar su calidad de vida. Estas actividades comprenden acciones esenciales como: (33)

- Alimentarse
- Vestirse y desvestirse
- Higiene personal y aseo corporal
- Uso del baño
- Movilidad básica (desplazarse dentro y fuera del hogar)
- Control de esfínteres

Realizar actividades de forma independiente es un indicador crucial del estado funcional del adulto mayor. Una adecuada ejecución de las ABVD refleja un buen nivel de autonomía física y cognitiva, mientras que dificultades o incapacidades en estas tareas pueden señalar las enfermedades crónicas, deterioro cognitivo, fragilidad o discapacidades que aumentan el riesgo de dependencia y afectan directamente su bienestar y seguridad. (33)

Las actividades relacionadas con el autocuidado, el funcionamiento físico básico y el funcionamiento mental básico se incluyen en esta categoría.

Las tareas esenciales y elementales de autocuidado personal que una persona debe ser capaz de realizar para vivir de manera autónoma. Se consideran las habilidades mínimas e imprescindibles para la supervivencia y el mantenimiento de la salud, y su valoración es clave para medir la funcionalidad. Estas actividades incluyen acciones como comer (llevar el alimento a la boca), vestirse, bañarse, la continencia (control de esfínteres), el uso del inodoro, y la movilidad funcional (levantarse de una silla, caminar, trasladarse). La dependencia para realizar estas ABVD marca el grado de fragilidad y la necesidad de asistencia directa o cuidados a largo plazo.

## **Importancia de las ABVD en adultos mayores**

**Evaluación funcional:** La valoración de las ABVD es una herramienta clave en la geriatría para detectar limitaciones funcionales y planificar cuidados personalizados.

Se centra en cuantificar la capacidad de realizar tareas esenciales de autocuidado, como vestirse, bañarse, alimentarse y usar el inodoro. Utiliza escalas estandarizadas, siendo el Índice de Barthel uno de los más comunes, que asigna puntajes a cada tarea. El resultado no solo identifica si existe dependencia o independencia, sino que también clasifica la gravedad del déficit (leve, moderado, severo). Esta evaluación es crítica porque la pérdida de capacidad en las ABVD es un fuerte predictor de fragilidad, necesidad de cuidados, y es un indicador clave de la calidad de vida y pronóstico del anciano.

**Prevención de la dependencia:** Identificar dificultades en estas actividades permite implementar intervenciones oportunas para mantener o mejorar la independencia.

Esta estrategia se centra en la intervención temprana sobre la fragilidad y los factores de riesgo modificables. Implica la implementación de ejercicio físico regular (especialmente de fuerza y equilibrio), la optimización del estado nutricional y la revisión médica para ajustar medicamentos. Además, requiere la adaptación del entorno para eliminar barreras que limiten la movilidad.

**Mejora en la calidad de vida:** Que mantenga la autonomía en estas actividades contribuye a su autoestima, bienestar emocional y participación social. Poder cuidar de sí mismo de forma independiente es crucial para la dignidad y la autoestima del adulto mayor. La participación activa en estas rutinas diarias estimula las capacidades físicas, cognitivas y emocionales, manteniendo

la identidad personal y un mejor estado de ánimo. La dependencia en las ABVD, por el contrario, está asociado a un riesgo de depresión, aislamiento y deterioro.

**Planificación de recursos:** Permite a los profesionales de salud, familias y cuidadores organizar apoyos adecuados, desde rehabilitación hasta asistencia domiciliaria. En adultos mayores es el proceso de organizar y asegurar los medios para que una persona con limitación funcional pueda mantener su autonomía o recibir la asistencia adecuada para las tareas de autocuidado (bañarse, vestirse, comer). Esta planificación implica evaluar el grado de dependencia (usando escalas como Barthel), identificar las ayudas técnicas requeridas.

### **1.2.2. Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)**

En adultos mayores son aquellas tareas complejas que necesitan habilidades cognitivas, físicas y sociales para manejar la vida. Estas actividades van de las tareas básicas de autocuidado e incluyen funciones necesarias para vivir de manera autónoma y segura fuera del hogar o en un entorno familiar. (34)

Así también son la gestión económica, empleo telefónico, la preparación de comidas, las compras, la administración de medicamentos, el cuidado del hogar y la movilidad en la comunidad. Su valoración, comúnmente mediante las escalas, es crucial en geriatría porque el deterioro en las AIVD suele ser la primera señal de una enfermedad incipiente antes de que se afecten las actividades de autocuidado. Por lo tanto, el mantenimiento de las AIVD es un objetivo terapéutico primordial para promover el envejecimiento activo y la autonomía en el adulto mayor.

La realización de las AIVD permite al adulto mayor "instrumentar" su vida fuera del ámbito del autocuidado personal. Ejemplos incluyen el manejo del

dinero y las finanzas, la administración correcta de la medicación (dosis y horarios), la preparación de comidas nutritivas, el uso de tecnología (teléfono o internet), y la capacidad para utilizar medios de transporte.

La pérdida de la capacidad para ejecutar las AIVD se considera el primer y más sensible indicador de deterioro funcional o cognitivo (como el Deterioro Cognitivo Leve), actuando como una señal de alarma que precede a la dependencia total. Por lo tanto, su evaluación es fundamental para determinar la necesidad de apoyo asistencial y prevenir el ingreso a instituciones.

**Entre las AIVD se incluyen:**

- Manejo del dinero y finanzas personales
- Uso del transporte y desplazamientos fuera del hogar
- Preparación de alimentos
- Compra de alimentos y otros productos
- Mantenimiento del hogar y las tareas domésticas
- Uso de medicamentos
- Comunicación telefónica y uso de tecnologías básicas

**Importancia de las AIVD en adultos mayores**

- Las AIVD son indicadores sensibles del nivel de autonomía funcional en adultos mayores.
- La disminución puede ser un signo temprano de deterioro cognitivo o funcional.
- Evaluar las AIVD ayuda a detectar necesidades de apoyo, planificar cuidados específicos y evitar situaciones de riesgo o aislamiento social.
- Mantener la independencia en las AIVD contribuye a un envejecimiento activo.

El deterioro o la dependencia en las AIVD es un indicador funcional temprano y sensible de condiciones como la fragilidad, el deterioro cognitivo leve o la demencia, a menudo manifestándose antes que las limitaciones en el autocuidado básico. Por ello, la evaluación precoz de estas capacidades, mediante escalas como Lawton y Brody, permite la intervención temprana por parte de profesionales como terapeutas ocupacionales, quienes pueden prevenir la dependencia o retrasar su progresión. Mantener activas las AIVD es esencial para promover la salud mental y física, fomentando un envejecimiento activo.

## **2. RIESGO DE CAIDAS**

La OMS sugiere que se produce accidentalmente por una desestabilización fisiológica, que puede ser generada por el propio movimiento de la persona o por un agente externo. Esta desestabilización conduce a una falta de control sobre el equilibrio físico, lo que finalmente da lugar a una caída inesperada o brusca al suelo. Como resultado de ello, la población de edad avanzada está experimentando un empeoramiento de sus capacidades funcionales y el uso de los servicios de salud. Por otro lado, la tasa de incidencia anual es de una de cada tres personas, y el cincuenta por ciento de los afectados sufre varias caídas. En la misma línea, las personas de 80 años o más supera el umbral de una de cada dos cada año. (35)

Se refiere a la probabilidad aumentada de que una persona de edad avanzada sufra una caída, lesiones físicas, pérdida de autonomía, hospitalización o incluso muerte. Este riesgo está influenciado por múltiples factores intrínsecos y extrínsecos que afectan el equilibrio, la fuerza, la movilidad y la capacidad cognitiva. (36)

Este riesgo constituye un síndrome geriátrico central, ya que su presencia indica una vulnerabilidad subyacente del individuo y del entorno. El concepto es fundamentalmente predictivo: la identificación de este riesgo mediante herramientas de valoración permite anticipar futuros eventos. Dada la alta morbilidad (fracturas, lesiones) y la mortalidad asociada, la gestión del riesgo de caídas es una prioridad esencial en la atención geriátrica, buscando siempre la implementación de estrategias para mantener la autonomía y la calidad de vida del adulto mayor.

Entre los **factores intrínsecos** más comunes se encuentran:

Consisten en las alteraciones y condiciones internas del individuo que aumentan su vulnerabilidad a perder el equilibrio y caer. Estos factores son inherentes a la salud de la persona y se consideran las causas biológicas y funcionales de la inestabilidad.

- **Capacidad funcional y muscular:** La sarcopenia y deterioro en la función motora que afectan la estabilidad y aumentan la probabilidad de caída. La pérdida muscular comienza a partir de los 40 años y se acelera en la tercera edad. Músculos débiles en las piernas y el tronco limitan la capacidad de generar la fuerza de reacción necesaria para corregir un tropiezo o un desequilibrio de forma rápida y efectiva. Esto se traduce en una marcha inestable, más lenta y con menor elevación de los pies, aumentando las posibilidades de arrastrar o tropezar. Además, la fragilidad ósea incrementa drásticamente la morbilidad de cualquier caída; aunque el deterioro no causa directamente la caída, como una fractura de cadera, asegura una lesión grave, con consecuencias devastadoras para la autonomía. Combatir este

deterioro, principalmente mediante ejercicio de resistencia, es clave para reducir el riesgo.

- **Alteraciones sensoriales:** Problemas en la visión, audición y propiocepción dificultan la orientación espacial y la percepción de riesgos en el entorno.
- También influyen las neuropatías periféricas, que reducen la sensibilidad propioceptiva en los pies, impidiendo percibir con precisión la textura y el ángulo del suelo, lo cual es vital para una pisada segura. Las alteraciones vestibulares (oído interno) o del equilibrio auditivo también contribuyen al mareo e inestabilidad. Estos déficits comprometen la integración sensorial, volviendo al individuo incapaz de realizar los ajustes posturales necesarios para una marcha segura.
- **Enfermedades crónicas:** Condiciones como la artritis, la DM 2, Parkinson, la enfermedad cardiovascular y la insuficiencia cardíaca contribuyen a la inestabilidad y pérdida del equilibrio.
- El manejo deficiente de estas patologías o sus complicaciones deteriora la capacidad funcional y la movilidad. Además, el síndrome de polifarmacia a menudo asociado a múltiples enfermedades crónicas genera efectos secundarios (somnolencia, vértigo) que actúan como desencadenantes directos de la pérdida de equilibrio. La prevención eficaz requiere un control médico riguroso de estas condiciones subyacentes.
- **Trastornos cognitivos y psicológicos:** La demencia, depresión, ansiedad y alteraciones en la atención aumentan el riesgo de tomar decisiones. Un factor agravante es el miedo a caer (síndrome pos-caída), que irónicamente induce a una marcha cautelosa e insegura, limitando la actividad física y aumentando la debilidad.

- **Uso de medicamentos:** La polifarmacia y ciertos fármacos, especialmente sedantes, antidepresivos, antihipertensivos y antipsicóticos, tienen efectos secundarios que pueden inducir mareos, hipotensión ortostática o somnolencia.
- También son relevantes los antihipertensivos, que pueden provocar hipotensión ortostática (mareo al levantarse). Estos efectos alteran la función del SNC y cardiovascular, disminuyendo la capacidad de reacción y aumentando directamente la probabilidad de una pérdida de equilibrio.
- **Edad avanzada:** es un riesgo no modificable; a mayor edad, mayor es la probabilidad de caída.
- El aumento de la edad también se correlaciona con la acumulación de enfermedades crónicas y el fenómeno de la polifarmacia, ambos factores que directamente comprometen la estabilidad y los reflejos protectores. Por lo tanto, la edad avanzada es el marco biológico que crea la vulnerabilidad necesaria para que cualquier pequeño tropiezo o alteración médica derive en una caída.

Por otro lado, los **factores extrínsecos** incluyen:

- Las condiciones ambientales y peligros externos al adulto mayor que actúan como detonantes directos de la pérdida de equilibrio. Estos factores son las causas modificables más comunes y se encuentran en el entorno físico del individuo, principalmente en el hogar.
- **Entorno físico:** La presencia de obstáculos, escaleras sin pasamanos, pisos resbaladizos, iluminación deficiente, alfombras sueltas y falta de dispositivos de seguridad en el hogar incrementan el riesgo.

También se suman la falta de elementos de apoyo esenciales, como barras de sujeción en el baño o pasamanos en escaleras. La interacción entre la vulnerabilidad intrínseca del adulto mayor y un entorno físico inseguro es la causa más común de caídas.

- **Calzado Inadecuado:** El uso de calzado sin soporte adecuado o con suelas lisas puede favorecer el deslizamiento.
- Se refiere al peligro de inestabilidad y tropiezo provocado por el uso de zapatos que no cumplen con los estándares de seguridad geriátrica. El calzado inadecuado incluye sandalias, chanclas, zapatos de tacón alto, zapatillas de casa sin soporte trasero o aquellos con suelas lisas y resbaladizas. Estos tipos de calzado fallan en proporcionar un soporte adecuado al tobillo y al arco, alteran el patrón de la marcha y, crucialmente, no ofrecen suficiente tracción, especialmente en superficies mojadas o pulidas.
- **Ausencia de ayudas técnicas:** Falta de bastones, andadores o barandales en lugares críticos.
- Asimismo, abarca la ausencia de barras de sujeción en áreas críticas como el baño o las escaleras, donde se requiere un punto de apoyo firme durante los traslados y movimientos que demandan esfuerzo. Esta carencia obliga al adulto mayor a depender de su capacidad física debilitada, multiplicando el peligro en situaciones cotidianas.

#### **Factores conductuales y sociales:**

- **Estilo de vida sedentario:** La falta de ejercicio reduce la fuerza, el equilibrio y la movilidad.

El sedentarismo contribuye al aumento de peso y al desarrollo o descontrol de enfermedades, como la DM2 o la HTA. En esencia, la falta de uso lleva a la pérdida de la capacidad funcional, eliminando la reserva física que el cuerpo necesita para reaccionar ante un tropiezo.

- **Aislamiento social:** La soledad puede generar desmotivación para realizar actividad física y disminuir la vigilancia de la seguridad en el hogar.

La falta de interacción social regular aísla al individuo de redes de apoyo que podrían detectar precozmente problemas de salud o peligros en el hogar. La soledad y la inactividad consecuente a menudo llevan a la depresión y al estilo de vida sedentario, lo que acelera el deterioro muscular y funcional. Además, la ausencia de personas que supervisen o asistan reduce la detección y corrección de riesgos extrínsecos (entorno físico).

- **Nivel socioeconómico bajo:** Esta limitación financiera impide el acceso a recursos esenciales de prevención, como una dieta nutritiva que combata la sarcopenia, la atención médica oportuna para el control de enfermedades crónicas, y la compra de medicamentos necesarios. Críticamente, un bajo nivel económico obstaculiza las modificaciones del entorno físico necesarias, impidiendo la instalación de ayudas técnicas (barras de sujeción) o la reparación de peligros estructurales en el hogar (suelos dañados, iluminación deficiente).

### **Consecuencias de las caídas**

A corto plazo, el resultado más grave son las lesiones físicas directas, como fracturas (especialmente de cadera o vértebras), traumatismos craneales y contusiones, que requieren hospitalización y, a menudo, cirugía. A medio y largo plazo, las caídas desencadenan el deterioro funcional, llevando a la

inmovilidad, la pérdida de autonomía en las ABVD y el desarrollo de úlceras por presión.

Psicológicamente, la caída genera el síndrome post-caída (miedo a caer), lo que provoca la restricción de la actividad, el aislamiento social y un rápido declive en la calidad de vida. Finalmente, representan un aumento de la dependencia y de los costos sanitarios y sociales.

Las caídas pueden tener consecuencias graves y duraderas: (36)

- **Lesiones físicas:** Fracturas (sobre todo de cadera y muñeca), contusiones, heridas, traumatismos craneoencefálicos.

La lesión más temida es la fractura de cadera, dada la prevalencia de osteoporosis y la alta mortalidad y pérdida de autonomía que conlleva. Otras lesiones comunes incluyen fracturas de muñeca, vértebras, tobillos y traumatismos craneoencefálicos. La gravedad de la lesión está influenciada tanto por la fuerza del impacto como por la fragilidad ósea preexistente. Estas lesiones físicas requieren hospitalización, a menudo cirugía, y desencadenan un ciclo de inmovilidad, deterioro funcional y necesidad de rehabilitación prolongada.

- **Disminución de la funcionalidad:** Después de una caída, muchos adultos mayores presentan pérdida de autonomía para realizar actividades diarias. Esta reducción funcional se debe no solo a la lesión física directa (como una fractura de cadera) que impone inmovilidad y reposo, sino también al rápido deterioro muscular (sarcopenia por desuso) durante la convalecencia. A nivel psicológico, la caída desencadena el miedo a caer (síndrome post-caída), lo que resulta en una restricción voluntaria de la movilidad y las actividades. Este ciclo de lesión, inactividad y miedo conduce a una dependencia

incrementada y acelera el estado de fragilidad, impactando gravemente la calidad vital.

- **Miedo a caer:** Puede generar evitación de la actividad física, contribuyendo a la inactividad y al deterioro progresivo.

Se define como la ansiedad o aprensión persistente a iniciar o realizar actividades que se perciben como peligrosas, incluso si la capacidad física para realizarlas aún existe. Este miedo es contraproducente, pues lleva a la restricción voluntaria de la movilidad y a la evitación de actividades cotidianas. Dicha inactividad provoca una rápida pérdida muscular y el deterioro del equilibrio, aumentando paradójicamente la fragilidad y el riesgo real de una caída futura, creando un círculo vicioso de deterioro funcional. Abordar este miedo es crucial para la rehabilitación y el mantenimiento de la autonomía.

- **Impacto psicológico:** Ansiedad, depresión y disminución de la autoestima.

La experiencia de caer, o incluso el simple riesgo, genera inmediatamente el miedo a caer o síndrome post-caída, caracterizado por una ansiedad persistente sobre futuros episodios. Este miedo conduce a una restricción voluntaria de la actividad y la movilidad, pues el adulto mayor evita situaciones o lugares que percibe como peligrosos. Dicha inactividad, a su vez, exacerba el aislamiento social, acelera el deterioro físico (pérdida de fuerza y equilibrio), y puede desencadenar o empeorar cuadros de depresión y pérdida de autoestima. En última instancia, el impacto psicológico destruye la confianza necesaria para mantener la autonomía.

- **El síndrome post-caída:** Este miedo provoca la restricción voluntaria de la actividad y la inmovilidad, lo cual es paradójico y contraproducente. La

inactividad resultante acelera la pérdida de fuerza y equilibrio (sarcopenia por desuso), aumentando la fragilidad y el riesgo real de sufrir una caída futura, perpetuando un círculo vicioso de deterioro funcional y aislamiento. Su manejo es crucial en la rehabilitación, ya que la superación de este miedo es necesaria para recuperar la autonomía.

- **Incremento de la mortalidad:** En personas de 3ra edad las caídas son importantes.

No solo se refiere a las muertes directas ocurridas inmediatamente después de un traumatismo craneal o una hemorragia grave, sino, de forma más frecuente, a la mortalidad indirecta que ocurre meses después. Esta mortalidad tardía es resultado de las complicaciones derivadas de las lesiones (como las fracturas de cadera) y el tratamiento. La inmovilización prolongada en el hospital o en casa conlleva riesgos como la neumonía, la TVP y el desarrollo rápido de úlceras por presión e infecciones. La caída actúa como un evento centinela que desencadena una cascada de deterioro funcional y orgánico en un sistema ya frágil, comprometiendo fatalmente la expectativa de vida.

### **Causas de las caídas**

Los factores intrínsecos incluyen el deterioro musculoesquelético (sarcopenia y debilidad), las alteraciones del equilibrio y la marcha, los déficits sensoriales (especialmente visuales), las enfermedades crónicas no controladas y el uso de medicamentos que causan sedación o hipotensión. Los factores extrínsecos se centran en los peligros ambientales, como suelos resbaladizos, iluminación deficiente, alfombras sueltas y la ausencia de ayudas técnicas (barras de apoyo). Generalmente, una caída ocurre cuando la vulnerabilidad

intrínseca del adulto mayor no puede compensar un peligro extrínseco o un desajuste fisiológico, como un mareo.

**Síntomas de una caída:** Los síntomas físicos inmediatos pueden incluir dolor agudo en la zona lesionada (cadera, muñeca, cabeza), incapacidad para levantarse o moverse una extremidad, sangrado por laceraciones, o signos de pérdida de conciencia o confusión. A nivel psicológico, la persona puede mostrar miedo intenso o ansiedad (síndrome post-caída), vergüenza o negación del evento. Si la persona permanece en el suelo, pueden aparecer síntomas de hipotermia o deshidratación. La presencia de mareos o vértigo puede indicar que la caída fue causada por un problema médico subyacente. La detección de estos síntomas es crucial para una atención médica rápida y adecuada.

Una persona puede quedar incapacitada para funcionar durante un largo periodo de tiempo como consecuencia de las complicaciones que se desarrollan a raíz de una caída. Tras la terapéutica, las personas que podían caminar con normalidad antes del incidente y la fractura de pelvis no pueden hacerlo después del mismo. Esto se debe a que antes del incidente podían moverse sin ayuda. Esta está afectada por el miedo a caerse que pueden desarrollar quienes ya han sufrido una caída. Quedarse en casa y renunciar a actividades diarias como, visitar a su familia y limpiar como resultado de esta posibilidad. Una disminución de actividad provocará una pérdida de fuerza muscular en el sistema musculoesquelético, lo que dará lugar a debilidad. Esta pérdida de fuerza será inducida por una disminución de los niveles de actividad.

### **Estrategias de prevención**

Son un conjunto de intervenciones proactivas y multifactoriales cuyo objetivo principal es reducir significativamente la probabilidad de que una

persona mayor sufra una pérdida de equilibrio y se lesione. Su enfoque es integral, abordando tanto los factores intrínsecos (la salud) como los extrínsecos (el entorno). Las tácticas clave incluyen la prescripción de ejercicio, la revisión farmacológica para minimizar efectos sedantes, la modificación del hogar para eliminar peligros ambientales (alfombras sueltas, mala iluminación) y la provisión de ayudas técnicas adecuadas.

La prevención del riesgo de caídas debe ser integral y personalizada, considerando los factores identificados en la evaluación. Algunas acciones incluyen: (36)

- Programas de ejercicio para mejorar fuerza, equilibrio y flexibilidad.
- Adecuación del hogar (instalación de barandales, mejorar iluminación, eliminar obstáculos).
- Revisión y ajuste de medicamentos.
- Educación y capacitación del adulto mayor y su familia.
- Promoción de actividades sociales y apoyo emocional.
- Uso adecuado de ayudas técnicas.

Es una problemática de salud pública de gran relevancia debido su alta demanda que puede acarrear, afectando la independencia. Por ello, su evaluación y prevención forman parte fundamental de la atención integral geriátrica.

Se refiere a la intervención sistemático, integral y multifactorial cuyo objetivo primordial es reducir la incidencia de caídas y sus graves consecuencias. Reconociendo que el riesgo es complejo y multicausal, la

estrategia más efectiva se basa en la identificación personalizada de los factores de cada individuo la cual veremos a continuación:

**Intervención Intrínseca:** Se enfoca en la salud del paciente. Incluye la revisión y ajuste farmacológico para reducir el uso de medicamentos que causan somnolencia o mareos. También abarca el tratamiento de problemas oculares y la suplementación con vitamina D y calcio para fortalecer el sistema musculoesquelético.

Esto incluye la prescripción de ejercicio físico específico para mejorar la fuerza, el equilibrio y la marcha. También es crucial la revisión y ajuste farmacológico para reducir o eliminar medicamentos con efectos sedantes o hipotensores. Otras intervenciones clave son la optimización nutricional (especialmente vitamina D y proteínas), la corrección de déficits sensoriales (actualización de gafas) y el tratamiento del miedo a caer (síndrome post-caída) y otras condiciones médicas subyacentes. Estas acciones fortalecen al individuo para que pueda compensar mejor los peligros ambientales.

**Entrenamiento Físico:** Es el componente más efectivo. Consiste en la prescripción de ejercicios que mejoran el equilibrio, la fuerza y la marcha, como el Tai Chi o programas de fisioterapia específicos, contrarrestando la debilidad muscular asociada a la edad.

El núcleo es un programa de ejercicio estructurado (fisioterapia) que se enfoca en ejercicios de equilibrio (para mejorar la estabilidad dinámica), fortalecimiento muscular (para combatir la sarcopenia por desuso) y entrenamiento de la marcha. Esto combate la debilidad y el deterioro funcional directamente relacionado con la inmovilidad post-caída.

En resistencia se enfoca en contrarrestar la sarcopenia (pérdida de masa muscular). Se usan bandas elásticas, pesas ligeras o el propio peso corporal para fortalecer los músculos y el tronco, mejorando así la potencia necesaria para sostener el cuerpo y levantarse de las sillas.

La implementación exitosa de un plan de entrenamiento físico no solo reduce la incidencia de caídas, sino que también disminuye el miedo a caer (síndrome post-caída), fomentando una mayor actividad.

**Modificación Ambiental:** Implica asegurar el entorno físico, principalmente el hogar, eliminando peligros. Esto incluye retirar alfombras sueltas, asegurar una iluminación adecuada (especialmente en la noche), e instalar barras de apoyo en el baño y pasamanos en escaleras.

**Optimización de la Iluminación:** Asegurar una luz brillante y uniforme en todas las áreas, especialmente en pasillos, escaleras y dormitorios, con interruptores de fácil acceso o luces con sensor de movimiento para la noche.

**Aseguramiento de Superficies:** Eliminar alfombras sueltas o asegurarlas con cinta antideslizante. Reparar o asegurar suelos dañados o desnivelados. Usar alfombrillas antideslizantes en el baño y la ducha.

**Instalación de Elementos de Apoyo:** Colocar barras de sujeción firmemente ancladas en duchas, inodoros y cerca de bañeras.

**Eliminación de Obstáculos:** Mantener los pasillos y las áreas de paso libres de desorden, cables, y muebles innecesarios.

**Adaptación del Mobiliario:** Usar sillas y camas de altura adecuada para facilitar el levantamiento.

## **2.3. MARCO CONCEPTUAL**

### **Actividades**

Capacidad funcional del cuerpo para realizar acciones que realiza habitualmente. (37)

### **Adulto mayor**

Se trata de una etapa o grupo de edad que se distingue por los cambios fisiológicos y biológicos que hay en una persona a lo largo del último periodo de su vida. (38)

### **Caída**

El acto de desplomarse sobre una superficie que tiene el potencial de producir daños irreparables. (39)

### **Capacidad**

La capacidad de realizar una tarea que está dentro de las capacidades de una persona humana, son habilidades físicas, mentales, emocionales y sociales que conserva o desarrolla en la etapa de la vejez, y que le permiten mantener su independencia, autonomía y participación activa en la sociedad. (39)

### **Envejecimiento**

Cambios en el fenotipo que se producen a lo largo del proceso de senescencia y que afectan a todos los individuos de la especie. (39)

### **Marcha**

Es el patrón de movimiento repetitivo y coordinado que permite a una persona desplazarse caminando. En los adultos mayores, la marcha sufre una serie de cambios fisiológicos propios del envejecimiento que afectan el equilibrio, la estabilidad y la seguridad al caminar. (40)

**Movimiento**

Es la capacidad física que permite a las personas realizar desplazamientos, cambios posturales, actividades funcionales y tareas cotidianas mediante la acción coordinada del sistema musculo esquelético, nervioso y sensorial. (41)

**Movilidad**

Es la capacidad de moverse de manera independiente y segura en su entorno, lo que incluye caminar, levantarse de una silla, cambiar de posición en la cama, subir escaleras y realizar desplazamientos dentro y fuera del hogar. (42)

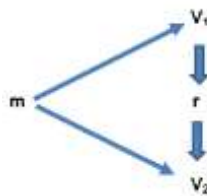
## CAPÍTULO III

### PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo fue de diseño no experimental, no se crea ninguna condición, sino que se observa una circunstancia preexistente.. (43)

El presente diseño corresponde al esquema:



Donde:

M = Muestra

V1= Capacidad funcional

V2= Riesgo de caídas

R = Correlación de las variables

#### 3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

De tipo básico porque contribuye a la ampliación de nuestros conocimientos y sienta las bases para futuras investigaciones aplicadas.

Correlacional, ya que cada variable se asoció estadísticamente. (44)

Es trasversal porque se realizó en un periodo determinado de tiempo.

**Enfoque:** Fue de enfoque cuantitativo por que se emplearon tablas y estadística para abordar las preguntas del estudio y evaluar hipótesis previamente establecidas. (45)

### **3.3. MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN**

Se aplicó el método hipotético deductivo debido a su inferencia de hechos presenciados a partir de principios generales. (45)

### **3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **3.4.1. Población**

Está constituido por 65 adultos mayores atendidos en el P.S. Santa María.

#### **3.4.2. Muestra**

El muestro fue censal, se trabajó con la población que son 65 adultos mayores

#### **Criterios de inclusión**

- Adultos mayores entre 60 a 79 años atendidos en consulta externa los cuales acepten el consentimiento informado.
- Adultos mayores atendidos en consulta externa que sepan leer y escribir
- Participantes que no tenían dificultad auditiva
- Adultos mayores que presentaban capacidad física independiente

#### **Criterios de exclusión**

- Adultos mayores atendidos en consulta externa que no desean participar.
- Adultos mayores que tengan limitaciones para comunicarse.
- Participantes que utilizaba alguna ayuda biomecánica para la marcha

### **3.5. TÉCNICAS, FUENTES E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN**

#### **3.5.1. Técnicas**

**Variable 1:** Entrevista

**Variable 2:** Observación

#### **3.5.2. Instrumentos**

**Variable 1:** Se utilizó una guía de entrevista en la cual la información es directa del participante sobre las características personales siendo la investigadora la responsable de la realización de este proceso.

En cuanto a la valoración de la capacidad funcional se utilizó la escala según el índice de Barthel:

**Ficha Técnica: Actividades básicas de la vida diaria (ABVD) en adultos mayores**

- **Nombre del instrumento:** Índice de Barthel
- **Población objetivo:** Adultos mayores de 60 años o más.
- **Tipo de instrumento:** Escala de observación y/o entrevista estructurada.

**Dimensiones evaluadas (ABVD):**

- ✓ Alimentación
- ✓ Baño personal
- ✓ Vestido
- ✓ Uso del retrete
- ✓ Control de esfínteres (micción y defecación)
- ✓ Traslado cama/silla
- ✓ Deambulación
- ✓ Subir y bajar escaleras

- Escala de puntuación (Índice de Barthel): Cada actividad se valora con una puntuación específica, dependiendo del nivel de dependencia:

Actividad	Puntuación Máxima	Nivel evaluado
Alimentación	10	Independiente / Asistencia parcial
Baño	5	Independiente / Dependiente total
Vestido	10	Independiente / Dependiente parcial
Aseo personal	5	Independiente / Dependiente
Uso del retrete	10	Independiente / Dependiente parcial
Control de micción	10	Continente / Incontinente parcial o total
Control de defecación	10	Continente / Incontinente parcial o total
Traslado cama-silla	15	Independiente / Asistencia leve o total
Deambulaci3n	15	Independiente / Ayuda / Dependiente
Subir escaleras	10	Independiente / Asistencia / Dependiente

Puntaje total	Nivel de dependencia
100 puntos	Independencia total
91 – 99	Dependencia leve
61 – 90	Dependencia moderada
21 – 60	Dependencia severa
0 – 20	Dependencia total

#### Ficha Técnica: Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) en adultos mayores

- **Nombre del instrumento:** Índice de Lawton y Brody
- **Poblaci3n objetivo:** Adultos mayores de 60 años a más, en especial aquellos con sospecha de deterioro funcional leve o moderado.
- **Tipo de instrumento:** Escala de observaci3n y/o entrevista estructurada (auto informada o por cuidador).

- **Dimensiones evaluadas (AIVD):** El índice evalúa 8 actividades instrumentales, que varían según el sexo y el contexto sociocultural. Las áreas principales incluyen:

- ✓ Uso del teléfono
- ✓ Ir de compras
- ✓ Preparación de comidas
- ✓ Cuidado de la casa
- ✓ Lavado de ropa
- ✓ Uso de medios de transporte
- ✓ Responsabilidad sobre la medicación
- ✓ Manejo del dinero

Escala de puntuación: Cada actividad se puntúa con 1 punto si la persona la realiza sin ayuda y 0 puntos si requiere asistencia o no puede realizarla.

<b>Actividad</b>	<b>Puntuación (0–1)</b>
Usa el teléfono	0 = No / 1 = Sí
Realiza compras	0 = No / 1 = Sí
Prepara comidas	0 = No / 1 = Sí
Cuida la casa	0 = No / 1 = Sí
Lava su ropa	0 = No / 1 = Sí
Usa transporte público o privado	0 = No / 1 = Sí
Toma sus medicamentos	0 = No / 1 = Sí
Maneja su dinero	0 = No / 1 = Sí

**Puntaje total:**

0 a 8 puntos (mujeres)

0 a 5 puntos (hombres)

(En algunas versiones, las tareas domésticas no se aplican al varón por factores socioculturales, aunque hoy se recomienda aplicarlo igual para ambos sexos)

Puntaje	Nivel de funcionalidad
8	Independencia funcional completa
6–7	Dependencia leve
4–5	Dependencia moderada
≤ 3	Dependencia severa

**Ventajas del instrumento:**

Fácil y rápido de aplicar (5–10 minutos)

Permite identificar deterioro funcional precoz

Aporta datos valiosos para el diagnóstico geriátrico integral

Valorado tanto en contextos comunitarios como institucionales

**Variable 2:** Guía de observación.

- **Nombre del instrumento:** Guía de observación según la escala de equilibrio y Marcha de Tinetti (Performance Oriented Mobility Assessment - POMA)
- **Autor:** Mary Tinetti, 1986
- **Población objetivo:** Adultos mayores de 60 años o más, especialmente aquellos con antecedentes de caídas, alteraciones motoras, fragilidad o sospecha de deterioro funcional.
- **Tipo de instrumento:** Escala de observación directa

**Componentes evaluados:** La escala tiene 2 secciones principales:

- **Equilibrio (Balance):** Evalúa la estabilidad postural en diferentes posiciones (sentado, de pie, al girar, etc.)
- **Ítems:** 9
- **Puntaje máximo:** 16 puntos
- **Marcha (Gait):** Evalúa características del caminar (inicio, simetría, longitud del paso, estabilidad, etc.)

- **Ítems:** 7
- **Puntaje máximo:** 12 puntos
- **Puntaje total: Máximo** 28 puntos

#### **Escala de puntuación por ítem:**

Cada ítem se puntúa de la siguiente manera:

- 0 puntos: alteración o dependencia total
- 1 punto: alteración leve o asistencia parcial
- puntos: normal o independiente

No todos los ítems tienen opción de 2 puntos; algunos solo se califican con 0 y 1 según el criterio específico.

#### **Escala de valores**

- a. Alto riesgo de caídas (0-18 puntos)
- b. Riesgo moderado de caídas (19 a 24 puntos)
- c. Bajo riesgo de caídas (25 -28 puntos)

**Fuentes:** Las fuentes son primarias en vista que se recopiló la información directa de la población de estudio los cuales son adultos mayores.

### **3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS**

Se solicitó autorización al jefe del Puesto de salud Santa María Juliaca para el acceso al trabajo con los adultos mayores, dicho proceso se realizó una vez aprobada la propuesta con resolución.

Cuando finalmente se recopilaron los datos, se organizaron de inmediato y, a continuación, creando la base de datos que se había creado con el programa SPSS, la información fue codificada, cuantificada se elaboraron tablas estadísticas, que sirvieron para su análisis e interpretación.

Trabajamos con un nivel de confianza (CI) del 95 %, un valor de  $p < 0,05$ , considerado significativo.

### 3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Probar una hipótesis significa utilizar el azar para llegar a una decisión sobre si una teoría es cierta o no. Los datos recopilados se procesarán, clasificarán e interpretarán utilizando la prueba de chi cuadrado ( $X^2$ ) y otras pruebas pertinentes. Se elegirá un umbral de significación de  $p < 0,05$ .

Formula:

$$x^2 = \sum \frac{(o_i - e_i)^2}{e_i}$$

**Donde:**

$X^2$ : Chi cuadrado

$e_i$ : frecuencia esperada

$o_i$ : frecuencia observada

### 3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

#### 3.8.1. Validez

Ambos instrumentos se validaron por 3 expertos a fin de que tenga las garantías del caso, las personas cualificadas realizaron las observaciones pertinentes y prestaron testimonio sobre la validez y fiabilidad de los instrumentos utilizados en el estudio.

### 3.8.2. Confiabilidad

La confiabilidad es alta de los instrumentos, con un valor global de ,821; los instrumentos que se utilizó en la recopilación de datos son confiables y adecuado para medir las dimensiones.

El alfa de Cronbach es una prueba estadística que se utiliza a menudo para determinar la fiabilidad o consistencia de una herramienta psicológica basada en la escala Likert. Para calcular el alfa de Cronbach, utilice el siguiente método, que tiene en cuenta las diferencias:

$$\alpha = \left[ \frac{k}{k-1} \right] \left[ 1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right]$$

Donde:

K: El número de ítems

Si<sup>2</sup>: Sumatoria de Varianzas de los Ítems

S<sub>t</sub><sup>2</sup>: Varianza de la suma de los Ítems

α: Coeficiente de Alfa de Cronbach

#### Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	65	100,0
	Excluido <sup>a</sup>	0	,0
	Total	65	100,0

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

#### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,821	9

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

#### **4.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

El objetivo general fue analizar la capacidad funcional relacionado al riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Santa María Juliaca 2025, se presenta 9 tablas estadísticas.

**TABLA 1. EDAD RELACIONADO AL RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD SANTA MARÍA JULIACA 2025.**

Edad	Riesgo de caídas							
	Alto		Moderado		Bajo		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	Fi	%
<b>60 a 64 años</b>	0	0,0	0	0,0	19	29,2	19	29,2
<b>65 a 69 años</b>	0	0,0	13	20,0	7	10,9	20	30,8
<b>70 a 74 años</b>	6	9,2	9	13,8	1	1,5	16	24,6
<b>75 a 79 años</b>	8	12,3	2	3,1	0	0,0	10	15,4
<b>Total</b>	14	21,5	24	36,9	27	41,6	65	100,0

**Fuente:** Guía de entrevista y observación.

$$X^2_{cal}=64,630$$

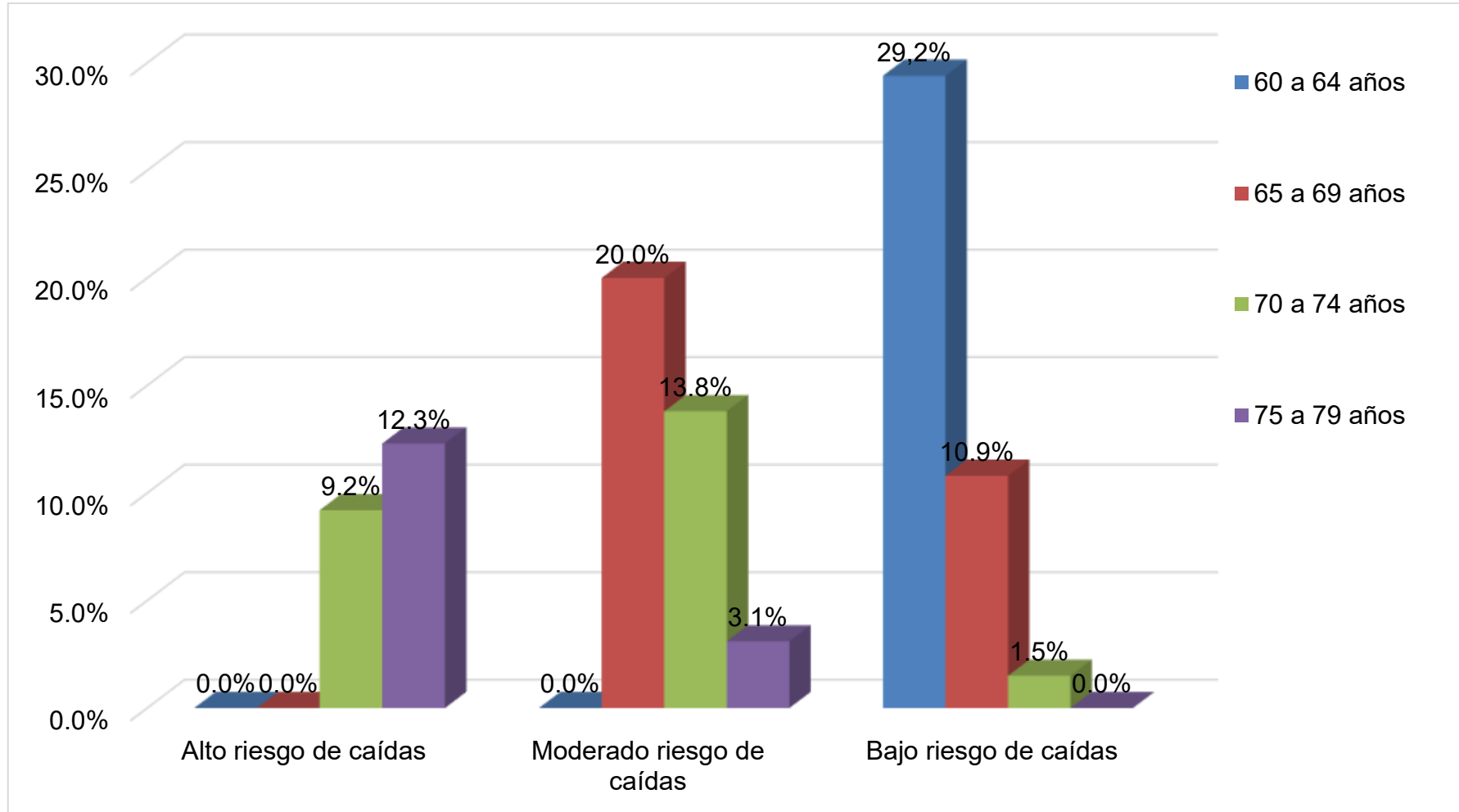
$$P=0,000$$

*ES SIGNIFICATIVA*

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

$$Gf=6$$

**FIGURA 1. EDAD RELACIONADO AL RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD SANTA MARÍA JULIACA 2025.**



Fuente: Tabla 1

El primer objetivo específico es: Identificar las características personales relacionados al riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Santa María, se tiene 6 tablas:

En la tabla 1, tenemos la edad relacionada al riesgo de caídas en adultos mayores en la cual se observa que el 30,8% tienen de 65 a 69 años, el 29.2% de 60 a 64 años, el 24.6% de 70 a 74 años y el 15.4% de 75 a 79 años.

En el grupo de adultos mayores con bajo riesgo de caídas el 29.2% tienen entre 60 a 63 años, los adultos mayores con moderado riesgo de caídas el 20.0% tienen entre 65 a 69 años y los adultos mayores tienen alto riesgo de caídas el 12.3% tienen entre 75 a 79 años.

Al examinar las estadísticas con un error del 5% y una  $p < 0,05$ , con una  $X^2_{cal} = 64,630$  mayor  $X^2_{tab} = 12,592$ , con  $Gl = 6$  y una  $P = 0,000$  la edad se relacionó significativamente al riesgo de caídas.

Según la investigación de Partezani (8) menciona el envejecimiento conlleva una serie de cambios fisiológicos, sensoriales y funcionales que incrementan significativamente en las caídas. Cuando la edad aumenta, este riesgo se vuelve más pronunciado, convirtiéndose en un problema mundial. El 30% experimenta al menos una caída al año. En personas de más de 80 años, la incidencia puede superar el 50% anual. Un 20-25% de estas caídas resultan en lesiones graves (fracturas, traumatismos craneales o pérdida de autonomía). Comparando los resultados con esta investigación hallamos que solo el 30,8% de los adultos mayores tienen entre 65 a 69 años y de este grupo el 20,0% tiene riesgo moderado de caídas y el 10.8% riesgo bajo.

**TABLA 2. GENERO RELACIONADO AL RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD SANTA MARÍA JULIACA 2025.**

Genero	Riesgo de caídas							
	Alto		Moderado		Bajo		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
<b>Masculino</b>	6	9,2	6	9,2	20	30,8	32	49,2
<b>Femenino</b>	8	12,3	18	27,7	7	10,8	33	50,8
<b>Total</b>	14	21,5	24	36,9	27	41,6	65	100,0

**Fuente:** Guía de entrevista y observación.

$$X^2_{cal}=12.533$$

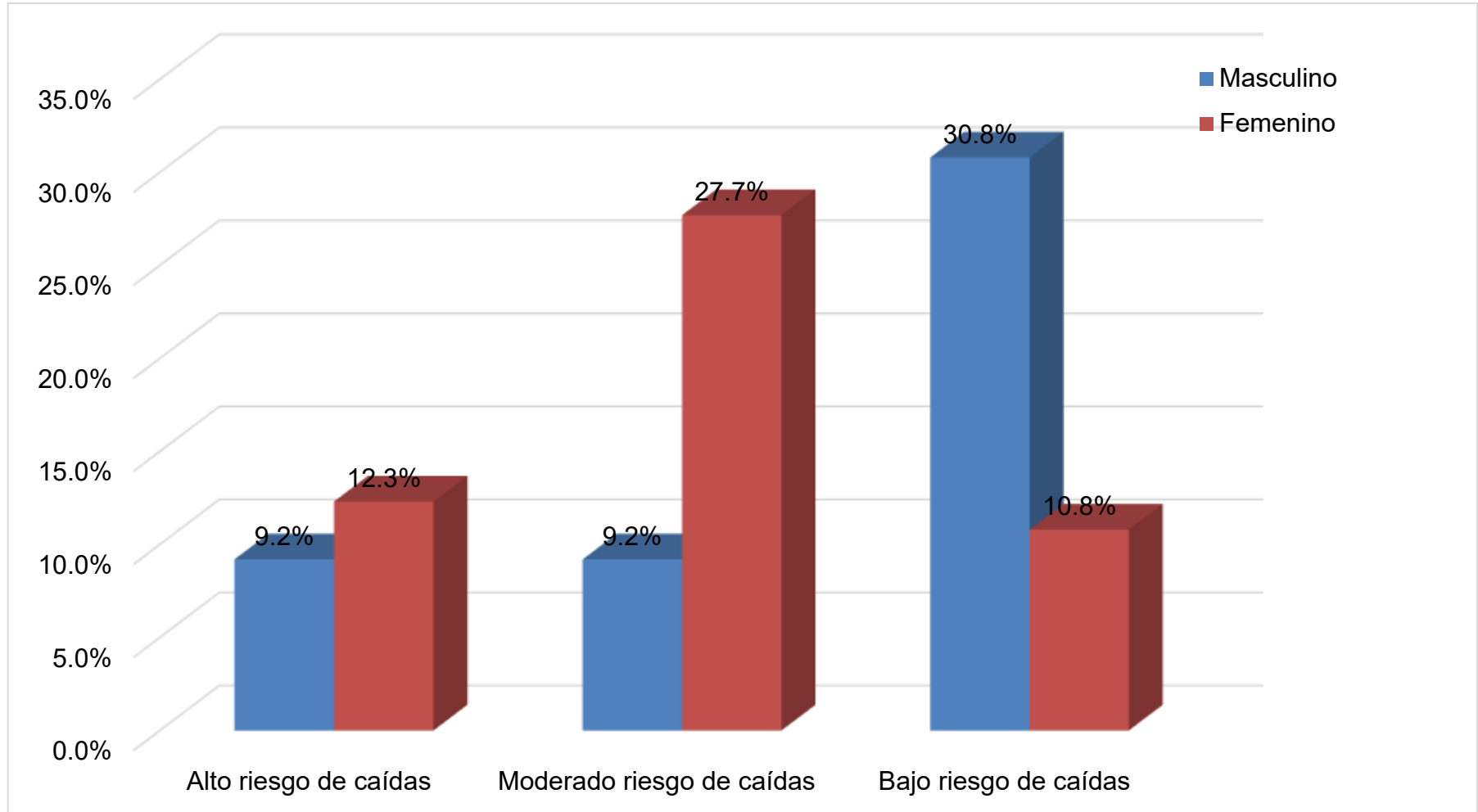
$$P=0,000$$

*ES SIGNIFICATIVA*

$$X^2_{tab}=5.991$$

$$Gf=2$$

**FIGURA 2. GENERO RELACIONADO AL RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD SANTA MARÍA JULIACA 2025.**



**Fuente:** Tabla 2

En la tabla 2, tenemos el género relacionado al riesgo de caídas en adultos mayores en la cual se observa que el 50,8% son de género femenino y el 49.2% masculino.

En el grupo de adultos mayores con bajo riesgo de caídas el 30,8% son de género masculino, el grupo de adultos mayores con moderado riesgo de caídas el 27,7% son de género femenino y el grupo de adultos mayores tienen alto riesgo de caídas el 12.3% también son de género femenino.

Al análisis de las estadísticas con un margen de error del 5% y una significancia de  $p < 0,05$ , con una  $X^2_{cal} = 12.533$  mayor que  $X^2_{tab} = 5,991$ , con  $Gl = 2$  y una  $P = 0,000$  el género se relacionó significativamente al riesgo de caídas.

Según Terrazas (9) en su investigación halló que el riesgo de caídas en adultos mayores está influenciado por múltiples factores, entre ellos el género, es una variable importante tanto en la incidencia como en las consecuencias de las caídas. Existen diferencias entre ambos sexos en cuanto al número de caídas, los tipos de lesiones y los desenlaces funcionales. Aproximadamente el 35-45% de las mujeres mayores de 65 años sufren al menos 1 caída al año. En los hombres del mismo grupo etario, la incidencia es ligeramente menor, entre el 25-35%. Los hombres presentan caídas más severas, con mayor tasa de mortalidad post caída. Comparando con este trabajo hallamos que el 50.8% de las mujeres son de género femenino y de este grupo el 27.7% tienen moderado riesgo de caídas y el 12.3% un riesgo alto.

**TABLA 3. ESTADO NUTRICIONAL RELACIONADO AL RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD SANTA MARÍA JULIACA 2025.**

Estado nutricional	Riesgo de caídas							
	Alto		Moderado		Bajo		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
<b>Adelgazado</b>	3	4,6	13	20,0	16	24,7	32	49,2
<b>Normal</b>	1	1,5	11	16,9	11	16,9	23	35,4
<b>Sobrepeso</b>	10	15,4	0	0,0	0	0,0	10	15,4
<b>Total</b>	14	21,5	24	36,9	27	41,6	65	100,0

**Fuente:** Guía de entrevista y observación.

$$X^2_{cal}=43,412$$

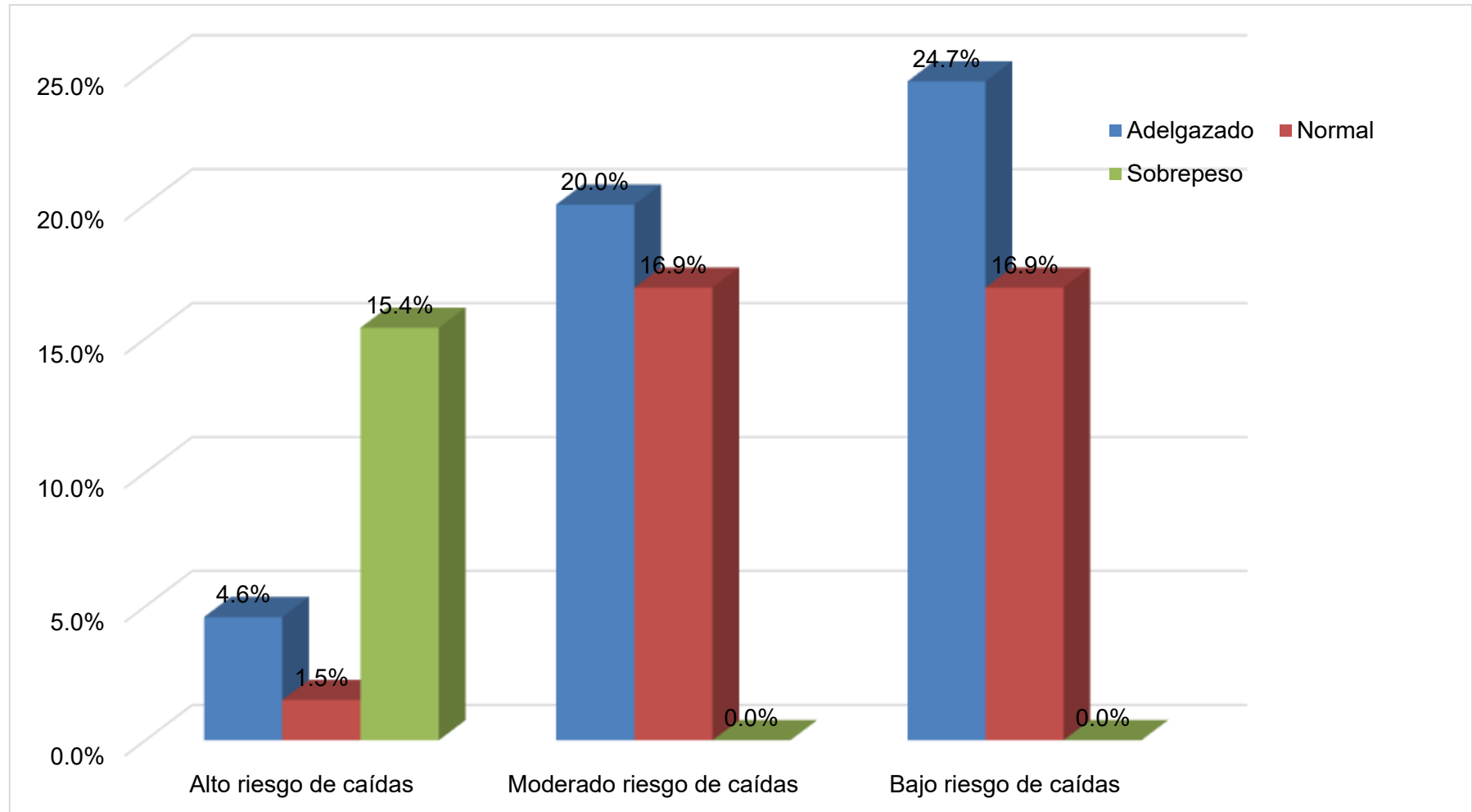
$$P=0,000$$

*ES SIGNIFICATIVA*

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

$$Gf=4$$

**FIGURA 3. ESTADO NUTRICIONAL RELACIONADO AL RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD SANTA MARÍA JULIACA 2025.**



**Fuente:** Tabla 3

En la tabla 3, tenemos el estado nutricional relacionado al riesgo de caídas en adultos mayores en la cual se observa que el 49,2% su estado nutricional es adelgazado, el 35,4% es normal y el 15,4% tienen sobrepeso.

En el grupo de adultos mayores con bajo riesgo de caídas el 24,7% su estado nutricional es adelgazado, el grupo de adultos mayores con moderado riesgo de caídas el 20,0% también y el grupo de adultos mayores tienen alto riesgo de caídas el 15,4% tienen sobrepeso.

Al análisis de las estadísticas con un margen de error del 5% y una significancia de  $p < 0,05$ , con una  $X^2_{cal} = 43,412$  mayor que  $X^2_{tab} = 9,488$ , con  $Gl = 4$  y una  $P = 0,000$  el estado nutricional se relacionó significativamente al riesgo de caídas.

Según Santiago y Gonzales (10) identificaron que las caídas en adultos mayores tienen consecuencias físicas, psicológicas y económicas significativas. Diversos factores influyen en su ocurrencia, siendo el estado nutricional uno de los más determinantes. Tanto la desnutrición como el exceso de peso alteran la funcionalidad física, la fuerza muscular y el equilibrio, aumentando considerablemente el riesgo de caídas. La obesidad, presente en hasta el 30-40%, también se relaciona con el riesgo de caídas, principalmente debido a limitaciones en la movilidad, alteraciones del equilibrio y debilidad muscular relativa. En este trabajo hallamos que el 49,2% tienen un estado nutricional adelgazado y el 15,4% están con sobrepeso y de este último grupo el 15,4% tienen alto riesgo de caídas.

**TABLA 4. PERSONA CON LA CUAL VIVE RELACIONADO AL RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD SANTA MARÍA JULIACA 2025.**

Persona con la cual vive	Riesgo de caídas							
	Alto		Moderado		Bajo		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
<b>Vive solo (a)</b>	3	4,6	4	6,1	0	0,0	7	10,7
<b>Con su pareja de similar edad</b>	11	16,9	12	18,5	15	23,1	38	58,5
<b>Con sus hijos</b>	0	0,0	8	12,3	12	18,5	20	30,8
<b>Total</b>	14	21,5	24	36,9	27	41,6	65	100,0

**Fuente:** Guía de entrevista y observación.

$$X^2_{cal}=12,461$$

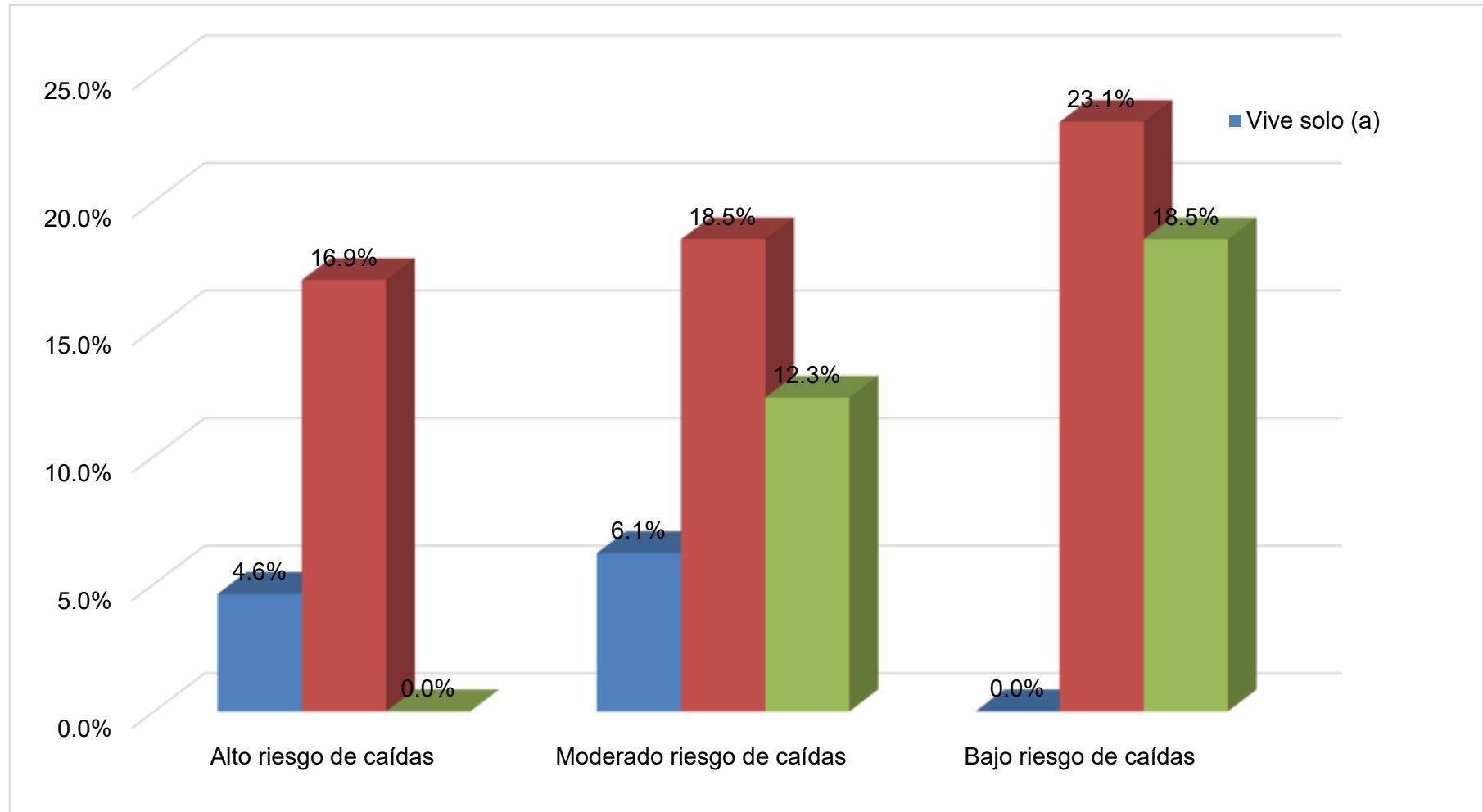
$$P=0,014$$

**ES SIGNIFICATIVA**

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

$$Gf=4$$

**FIGURA 4. PERSONA CON LA CUAL VIVE RELACIONADO AL RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD SANTA MARÍA JULIACA 2025.**



**Fuente:** Tabla 4

Observando la tabla 4, tenemos el indicador persona con la cual viven los adultos mayores relacionada al riesgo de caídas, en la cual se observa que el 58,5% viven con su pareja de similar edad, el 30,8% viven con sus hijos y el 10,7% viven solos.

En el grupo de adultos mayores con bajo riesgo de caídas el 23.1% viven con su pareja de similar edad, el grupo de adultos mayores con moderado riesgo de caídas el 18,5% también y el grupo de adultos mayores tienen alto riesgo de caídas el 16,9% viven con su pareja de similar edad.

Al análisis tenemos un margen de error del 5% y una significancia de  $p < 0,05$ , con una  $X^2_{cal} = 12,461$  mayor que  $X^2_{tab} = 9,488$ , con  $Gl = 4$  y una  $P = 0,000$  la persona con la cual vive el adulto mayor se relacionó significativamente al riesgo de caídas.

Según Pinto y Muñoz (11) menciona que en un 78.6% el entorno familiar y social en el que vive el adulto mayor influye en su bienestar, funcionalidad y riesgo de sufrir eventos adversos como las caídas. La presencia o ausencia de acompañantes, así como la calidad del cuidado, son factores claves que modulan dicho riesgo, además menciona que el 38,2% tienen 70 años o más vive solo. El 61,8% vive acompañado, ya sea por familiares, otros adultos mayores o cuidadores. En este trabajo de investigación hallamos que en el 58,5% de los adultos mayores viven con su pareja de similar edad y de este grupo el 18,5% tienen moderado riesgo de caídas y el 16.9% tienen alto riesgo.

**TABLA 5. OCUPACIÓN RELACIONADO AL RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD SANTA MARÍA JULIACA 2025.**

Ocupación	Riesgo de caídas							
	Alto		Moderado		Bajo		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
<b>Trabajo doméstico y cuidado de nietos</b>	12	18,5	13	20,0	3	4,6	28	43,1
<b>Comercio informal</b>	2	3,0	10	15,4	12	18,5	24	36,9
<b>Actividades agropecuarias y textiles</b>	0	0,0	1	1,5	12	18,5	13	20,0
<b>Total</b>	14	21,5	24	36,9	27	41,6	65	100,0

**Fuente:** Guía de entrevista y observación.

$$X^2_{cal}=29.376$$

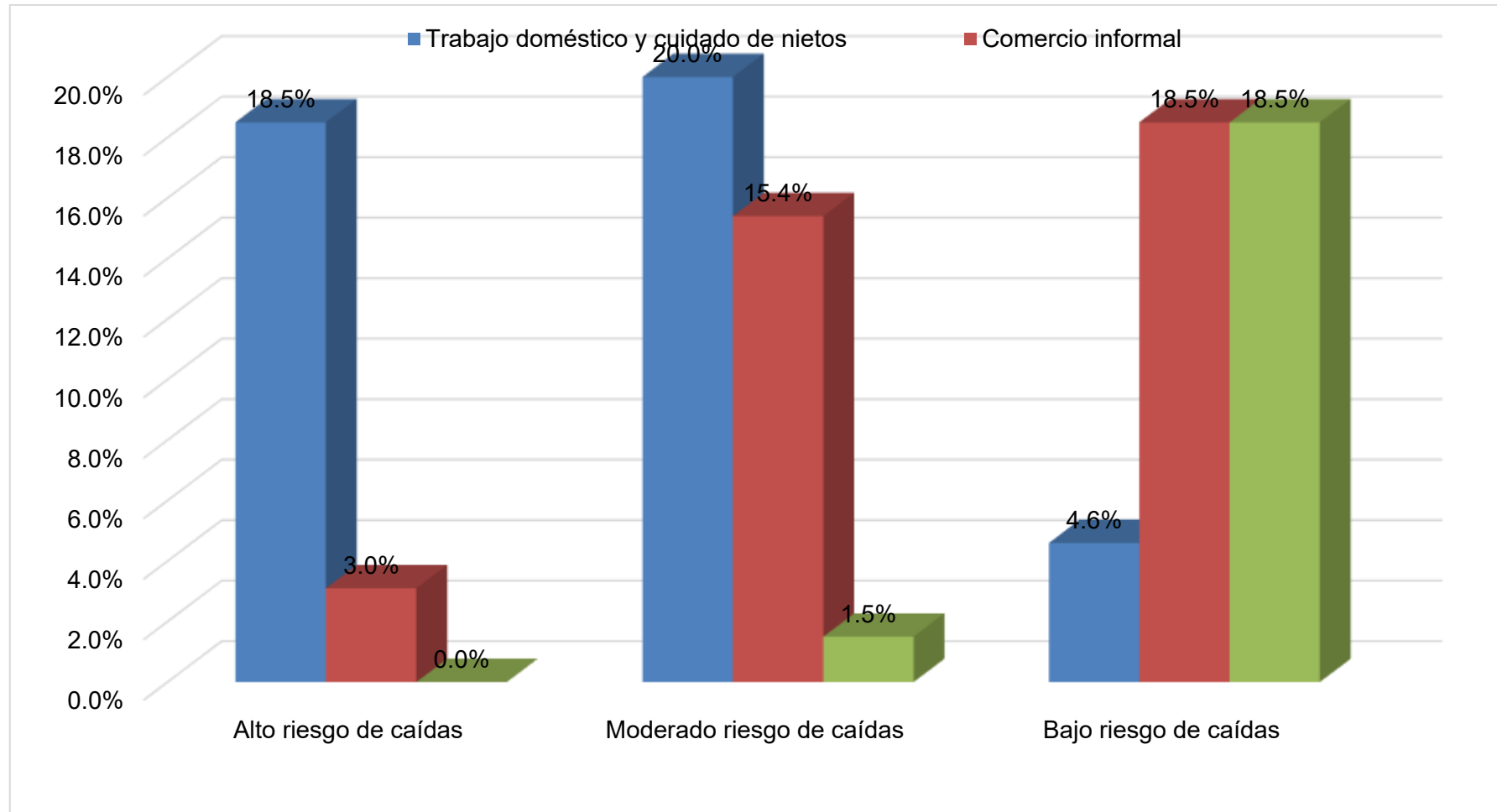
$$P=0,000$$

*ES SIGNIFICATIVA*

$$X^2_{tab}=9.488$$

$$Gf=4$$

**FIGURA 5. OCUPACIÓN RELACIONADO AL RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD SANTA MARÍA JULIACA 2025.**



Fuente: Tabla 5

Observando la tabla 5, tenemos la ocupación relacionada al riesgo de caídas en adultos mayores en la cual se observa que el 43,1% se dedican al trabajo doméstico y al cuidado de sus nietos, el 36,9% trabajan en comercio informal y el 20.0% se dedican a actividades agropecuarias y textiles.

En el grupo de adultos mayores con bajo riesgo de caídas el 18,5% se dedican al comercio informal, el grupo de adultos mayores con moderado riesgo de caídas el 20.0% se dedican al trabajo doméstico y al cuidado de sus nietos y el grupo de adultos mayores tienen alto riesgo de caídas el 18,5% también se dedican a las labores domésticas.

Al examinar las estadísticas con un margen de error del 5% y una significancia de  $p < 0,05$ , con  $X^2_{cal} = 29,376$  mayor  $X^2_{tab} = 9,488$ , con  $Gl = 4$  y  $P = 0,000$  la ocupación se relacionó significativamente al riesgo de caídas.

Según Cuesta y Arredondo (12) en su investigación halló entre los factores menos explorados, pero de creciente interés se encuentra la ocupación actual o pasada de los adultos mayores, que influye en su estado funcional, actividad física, entorno de riesgo y nivel de exposición a lesiones. La ocupación en un 67,5% puede ser tanto protectora como predisponente, dependiendo del tipo de actividad, su intensidad y el contexto socio laboral. En esta investigación se halló que el 43.1% de los adultos mayores su ocupación es las labores de su hogar y también están al cuidado de sus nietos y de este grupo el 20.0% tienen moderado riesgo de caídas.

**TABLA 6. CUIDADOS PREVENTIVOS RELACIONADO AL RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD SANTA MARÍA JULIACA 2025.**

Cuidados preventivos	Riesgo de caídas							
	Alto		Moderado		Bajo		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
<b>Asiste a sus chequeos periódicos al establecimiento de salud</b>	5	7,7	16	24,6	25	38,5	46	70,8
<b>No asiste a sus chequeos</b>	9	13,8	8	12,3	2	3,1	19	29,2
<b>Total</b>	14	21,5	24	36,9	27	41,6	65	100,0

**Fuente:** Guía de entrevista y observación.

$$X^2_{cal}=14,728$$

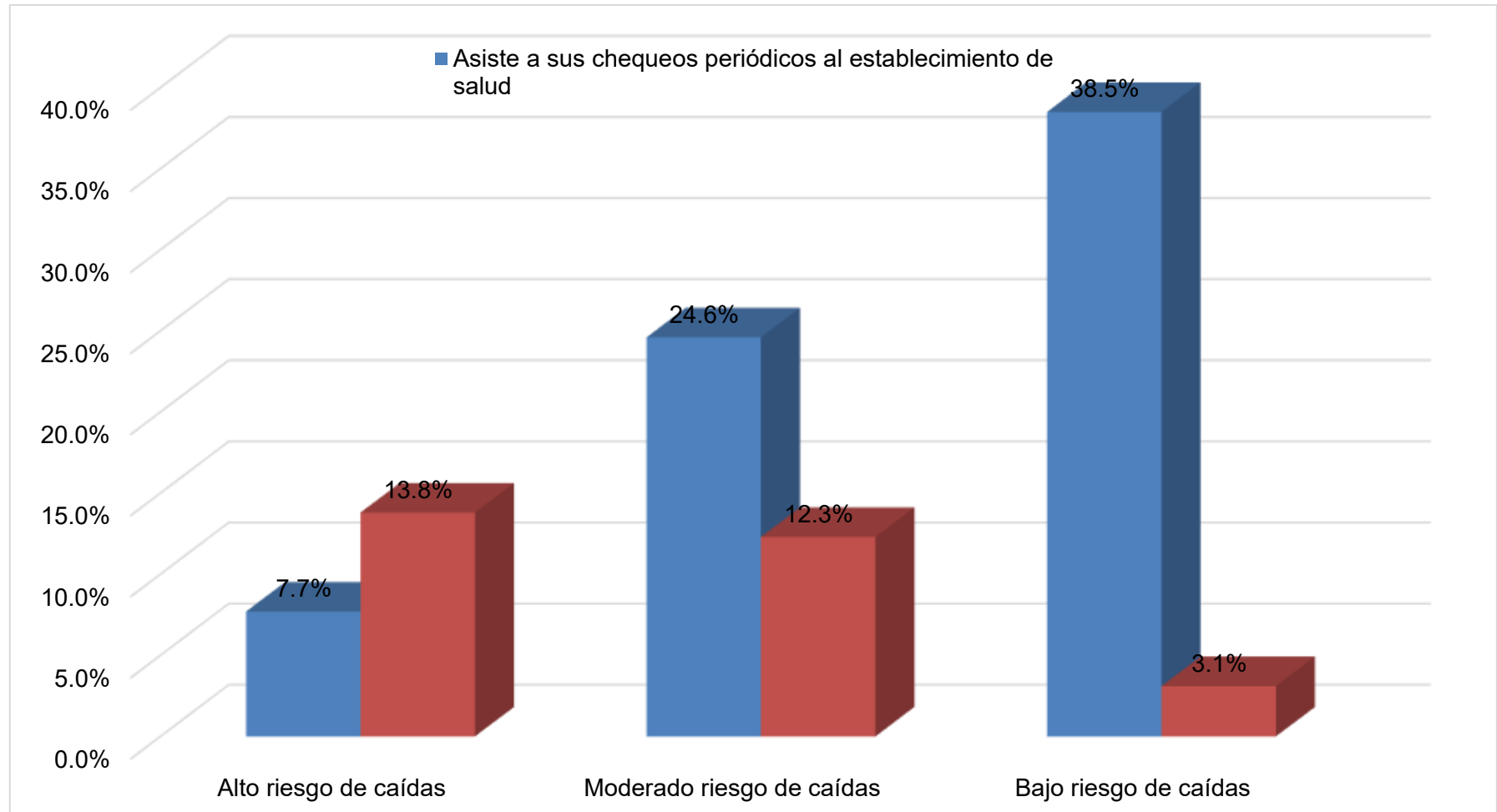
$$P=0,000$$

*ES SIGNIFICATIVA*

$$X^2_{tab}=5.991$$

$$Gf=2$$

**FIGURA 6. CUIDADOS PREVENTIVOS RELACIONADO AL RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD SANTA MARÍA JULIACA 2025.**



Fuente: Tabla 6

Observando la tabla 6, tenemos los cuidados preventivos relacionados al riesgo de caídas en adultos mayores en la cual se observa que el 70,8% si asisten al establecimiento de salud a realizarse sus controles periódicos y el 29,2% no lo hacen.

En el grupo de adultos mayores con bajo riesgo de caídas el 38,5% si asisten a sus controles periodos en el Puesto de salud, el grupo de adultos mayores con moderado riesgo de caídas el 24,6% también y los adultos mayores tienen alto riesgo de caídas el 13,8% no lo hacen.

Al análisis de los datos, con un margen de error del 5% y una  $p < 0,05$ , con una  $X^2_{cal} = 14,728$  mayor que  $X^2_{tab} = 5,991$ , con  $Gl = 2$  y  $P = 0,000$  los cuidados preventivos se relacionaron significativamente al riesgo de caídas.

Según Leiton (13) en su investigación menciona que las caídas en un 85,4% son uno de los eventos más frecuentes y peligrosos en la población geriátrica, afectando tanto su salud física como emocional. Una estrategia esencial en la prevención de caídas, chequeos médicos periódicos, los cuales permiten la detección precoz de factores de riesgo modificables y la intervención oportuna para evitar complicaciones, por tanto, resulta importante la evaluación de la fuerza muscular, coordinación y marcha, así como también las deficiencias sensoriales ya que aumentan la probabilidad de tropiezos o pérdida de equilibrio. En esta tesis se halló que el 70,8% de los adultos mayores si asisten a sus chequeos periódicos al Puesto de salud Santa María y de este grupo el 24.6% tienen riesgo moderado de caídas y el 38.5% tienen riesgo bajo.

**TABLA 7. ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD) RELACIONADO AL RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD SANTA MARÍA JULIACA 2025.**

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)	Riesgo de caídas							
	Alto		Moderado		Bajo		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
<b>Independiente</b>	1	1,5	23	35,4	27	41,6	51	78,5
<b>Dependencia leve</b>	13	20,0	1	1,5	0	0,0	14	21,5
<b>Total</b>	14	21,5	24	36,9	27	41,6	65	100,0

**Fuente:** Guía de entrevista y observación.

$$X^2_{cal}=53,834$$

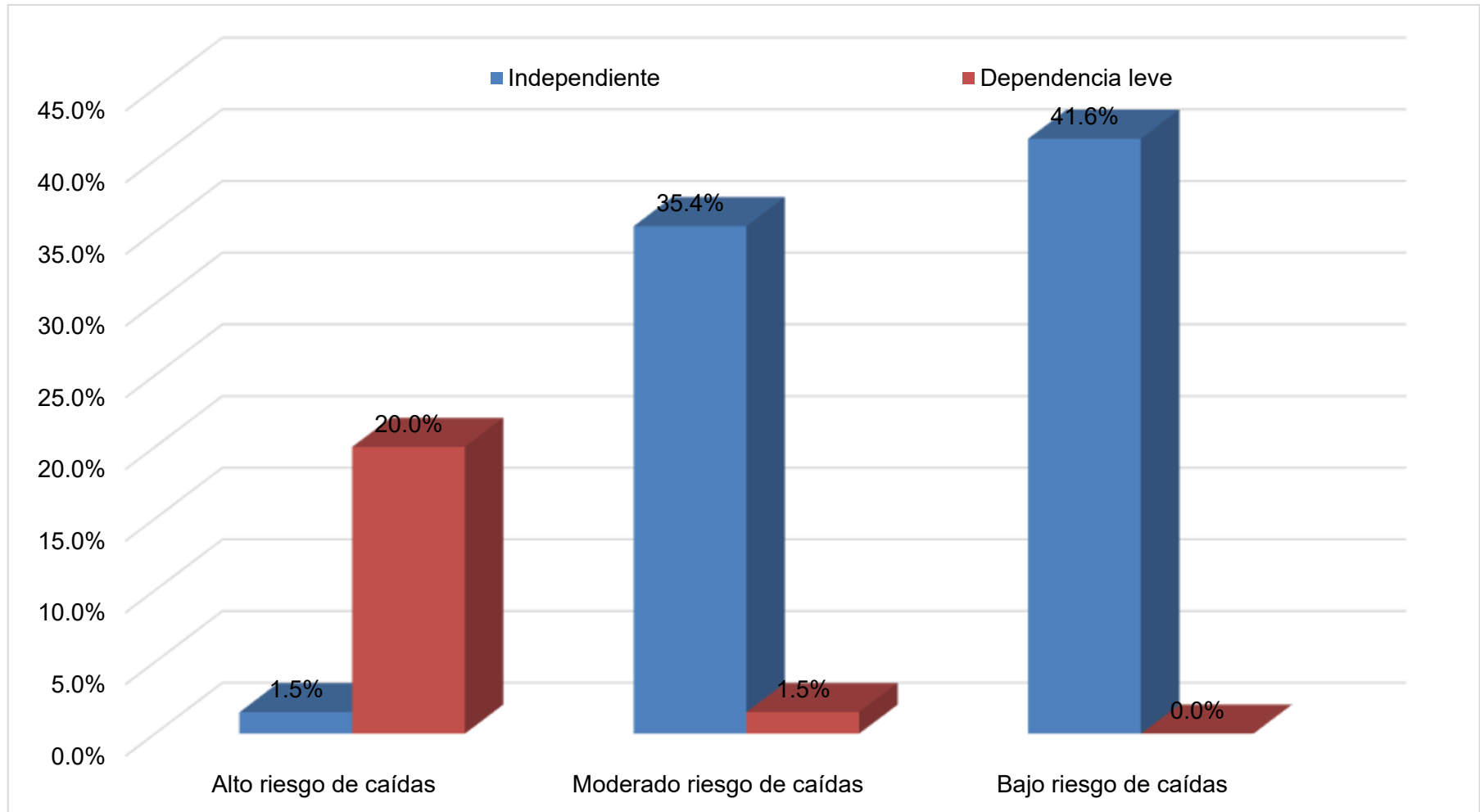
$$P=0,000$$

*ES SIGNIFICATIVA*

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

$$Gf=2$$

**FIGURA 7. ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD) RELACIONADO AL RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD SANTA MARÍA JULIACA 2025.**



**Fuente:** Tabla 7

De acuerdo al tercer objetivo específico: Describir la valoración de la capacidad funcional relacionado al riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Santa María, tenemos 2 tablas estadísticas de doble entrada.

Observando la tabla 7, tenemos el indicador actividades básicas de la vida diaria (ABVD) relacionada al riesgo de caídas en adultos mayores en la cual se observa que el 78,5% son independientes en sus actividades y el 21,5% tienen dependencia leve.

En el grupo de adultos mayores con bajo riesgo de caídas el 41.6% realizan sus actividades de manera independiente, el grupo de adultos mayores con moderado riesgo de caídas el 35,4% también y los adultos mayores tienen alto riesgo de caídas el 20.0% tienen dependencia leve al momento de realizar sus actividades básicas de la vida diaria.

Al análisis de datos, con un error del 5% y una  $p < 0,05$ , con una  $X^2_{cal} = 53,834$  mayor que  $X^2_{tab} = 5,991$ , con  $Gl = 2$  y  $P = 0,000$  las actividades básicas de la vida diaria se relacionaron significativamente al riesgo de caídas.

Según Arcelles y Fernández (14) en su investigación halló que las ABVD, como bañarse, vestirse, alimentarse, ir al baño, trasladarse y mantener la continencia, son indicadores clave de la capacidad funcional. La dependencia en una o más ABVD está relacionada con un mayor riesgo de caídas, pérdida de autonomía y complicaciones a nivel físico y emocional. El 34% de los adultos mayores requiere ayuda para al menos una actividad básica, y este porcentaje se eleva al 50% en mayores de 80 años. Estos tienen dependencia severa en ABVD tienen 2 a 3 veces mayor riesgo de caídas, en comparación con aquellos que

son funcionalmente independientes. Mientras que en nuestra investigación el 78,5% de los adultos mayores son independientes en sus ABVD y de este grupo el 41,5% tienen bajo riesgo de caídas.

**TABLA 8. ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD) RELACIONADO AL RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD SANTA MARÍA JULIACA 2025.**

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)	Riesgo de caídas							
	Alto		Moderado		Bajo		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
<b>Independiente</b>	3	4,6	22	33,8	27	41,6	52	80,0
<b>Dependiente leve</b>	11	16,9	2	3,1	0	0,0	13	20,0
<b>Total</b>	14	21,5	24	36,9	27	41,6	65	100,0

**Fuente:** Guía de entrevista y observación.

$$X^2_{cal}=38,810$$

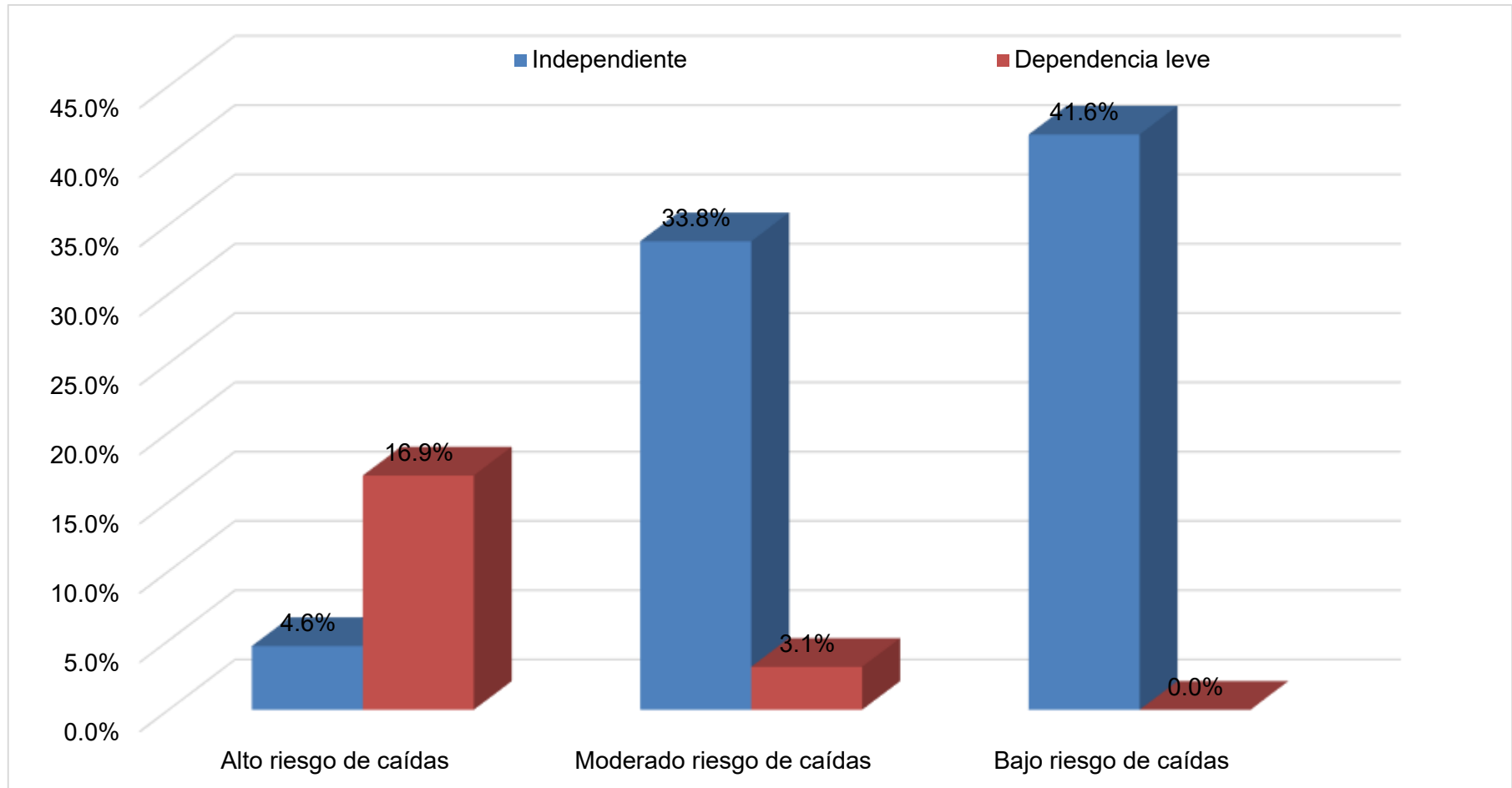
$$P=0,000$$

**ES SIGNIFICATIVA**

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

$$Gl=2$$

**FIGURA 8. ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD) RELACIONADO AL RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD SANTA MARÍA JULIACA 2025.**



**Fuente:** Tabla 8

Observando la tabla 8, tenemos el indicador actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) relacionada al riesgo de caídas en adultos mayores en la cual se observa que el 80,0% son independientes en sus actividades y el 20,0% tienen dependencia leve.

En el grupo de adultos mayores con bajo riesgo de caídas el 41,6% realizan sus actividades de manera independiente, el grupo de adultos mayores con moderado riesgo de caídas el 33,8% también y los adultos mayores tienen alto riesgo de caídas el 16,9% tienen dependencia leve al momento de realizar sus actividades instrumentales de la vida diaria.

Al análisis de datos, con un margen de error del 5% y una  $p < 0,05$ , con una  $X^2_{cal} = 38,810$  mayor que  $X^2_{tab} = 5,991$ , con  $Gl = 2$  y  $P = 0,000$  las AIVD se relacionaron significativamente al riesgo de caídas.

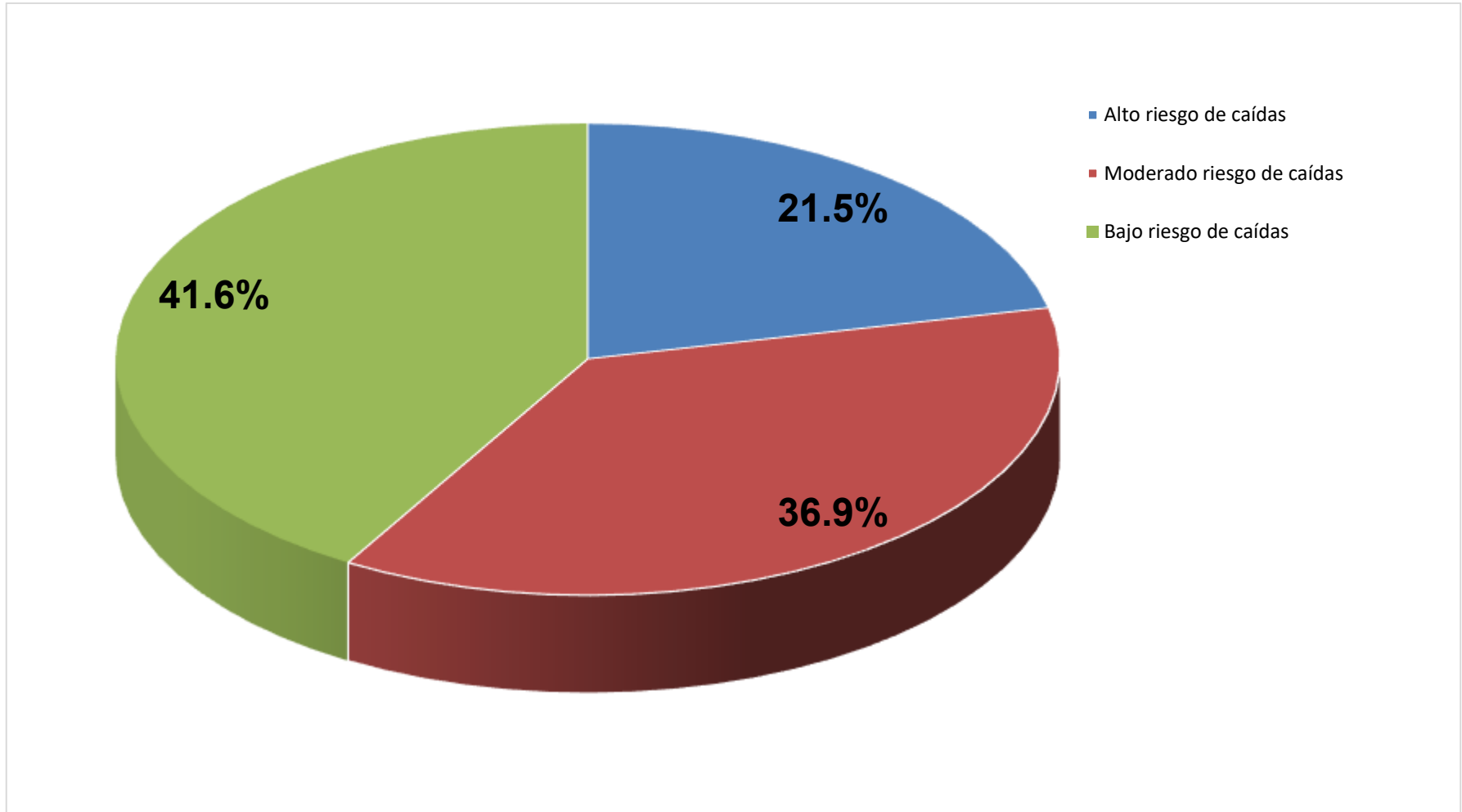
Según Villar (15) en su investigación halló que las AIVD, como cocinar, hacer compras, administrar medicamentos, usar el transporte, manejar dinero o realizar tareas del hogar, requieren mayor capacidad cognitiva, coordinación y movilidad que las ABVD. Por tanto, la pérdida de autonomía en AIVD suele ser uno de los primeros indicadores de deterioro funcional y está relacionada con el riesgo de caídas. Halló entre el 30% y el 50% de los adultos mayores de 65 años presenta algún grado de limitación en las AIVD. En este estudio se halló que el 80,0% son independientes y de este grupo el 41,5%% tienen bajo riesgo de caídas.

**TABLA 9. RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD SANTA MARÍA JULIACA 2025.**

<b>Niveles</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>
<b>Alto riesgo de caídas</b>	14	21,5
<b>Moderado riesgo de caídas</b>	24	36,9
<b>Bajo riesgo de caídas</b>	27	41,6
<b>Total</b>	65	100,0

**Fuente:** Guía de observación

**FIGURA 9. RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD SANTA MARÍA JULIACA 2025.**



**Fuente:** Tabla 9

Según el último objetivo el cual es identificar el riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Santa María en la cual se presentan 1 tabla estadística de frecuencia simple.

En la tabla 9, tenemos el riesgo de caídas en adultos mayores en la cual se observa que el 41,6% tienen bajo riesgo, el 36,9% el riesgo es moderado y el 21,5% tienen un alto riesgo.

Según Rivera (16) menciona que las caídas representan uno de los problemas de salud pública más frecuentes y peligrosos en la población adulta mayor. Más allá del evento en sí, las caídas tienen importantes repercusiones clínicas, funcionales, sociales y económicas, y se consideran un síntoma centinela de fragilidad y deterioro funcional. Se estima que entre el 30% y el 40% de los adultos mayores de 65 años sufre al menos 1 caída al año. De ellos, aproximadamente el 50% presenta caídas recurrentes. Sin embargo, en este trabajo, el 41,5% tienen bajo riesgo de caídas, el 36.9% tienen moderado riesgo de caídas.

## CONCLUSIONES

- PRIMERA:** Se analizó la capacidad funcional y está relacionado al riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Santa María Juliaca 2025, todos los indicadores son significativos con un valor de  $p < 0,05$ , aceptando las hipótesis planteadas.
- SEGUNDA:** Se identificó las características personales relacionados al riesgo de caídas en adultos mayores entre los indicadores tenemos el 30,8% tienen entre 65 a 69 años ( $P:0,000$ ), el 50,8% son de género femenino ( $P:0,000$ ), el 49,2% el estado nutricional es adelgazado ( $P:0,000$ ), el 58,5% viven con su pareja de similar edad, el 43,1% la labor a la que se dedican es el trabajo doméstico y el cuidado de sus nietos y el 70,8% si asisten a sus chequeos periódicos en el establecimiento de salud. Los datos son significativos, aceptando la hipótesis planteada.
- TERCERA:** Se describió la valoración de la capacidad funcional relacionado al riesgo de caídas en adultos mayores, entre los indicadores tenemos el 78,5% son independientes en sus ABVD ( $P:0,000$ ) y el 80,0% también son independientes en AIVD ( $P:0,000$ ). Los datos son significativos, aceptando la hipótesis planteada.
- CUARTA:** Se identificó el riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el P.S. Santa María, tenemos como resultado el 41,6% tienen bajo riesgo de caídas, el 36,9% moderado riesgo y el 21,5% alto riesgo.

## RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** Al Jefe del Puesto de salud Santa María en coordinación con la licenciada en enfermería responsable de la estrategia sanitaria nacional del adulto mayor continuar desarrollando talleres de actividad física, fortaleciendo el bienestar de la capacidad funcional del adulto mayor, además fomentar su participación para reducir la probabilidad de lesiones.
- SEGUNDA:** A la licenciada en enfermería del Puesto de Salud Santa María responsable de la estrategia sanitaria nacional del adulto mayor en coordinación con el medico continuar realizando campaña preventiva y promocional sobre descarte de enfermedades prevalentes. Además, brindar charlas de orientación y recomendaciones al adulto mayor para mejorar la calidad de vida como alimentación saludable, practica de actividad física, etc.
- TERCERA:** A la licenciada en enfermería del Puesto de Salud Santa María responsable de la estrategia sanitaria nacional del adulto mayor coordinar con los agentes comunitarios para realizar visitas al adulto mayor brindando orientación y recomendaciones sobre los cuidados como controles médicos regulares, atención a su salud física y mental, promoción de estilos de vida saludables y soporte para su autonomía y bienestar.
- CUARTA:** A la licenciada en enfermería del puesto de salud Santa María responsable de la estrategia sanitaria nacional del adulto mayor realizar capacitaciones y orientación a la familia o cuidador principal del adulto mayor sobre los riesgos físicos y ambientales que pueda ocasionar una caída, fomentando la prevención de lesiones del adulto mayor.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Terrazas L, Diaz M. Funcionalidad familiar y riesgo de caídas en adultos mayores. Scielo. 2024 Junio; 28(3).
2. Guarino G. La independencia funcional de ancianos que sufrieron una caída: estudio de seguimiento. Scielo. 2020 Noviembre; 72(6).
3. Leiton C, Silva J, Fuentes W. Predicción de caídas y caídas recurrentes en adultos mayores que viven en el domicilio. Scielo. 2023 Julio; 33(4).
4. Fhon S. Causas y factores asociados a las caídas del adulto mayor OMS. Scielo. 2019 Abril; 8(2).
5. Sandoval L. Caídas en el adulto mayor. Estudio de una serie de pacientes de consultorio externo de medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Scielo. 2024 Octubre; 5(1).
6. Bejar C. Relación entre el riesgo de caídas y deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en el Centro Médico Naval "Cirujano Mayor Santiago Távara". Scielo. 2024 Junio; 26(1).
7. Siva J. Riesgo de caída en el adulto mayor que acude a dos Centros de salud Puno. Scielo. 2024 enero; 14(3): p. 67.
8. Partezani R. Causas y factores asociados a las caídas del adulto mayor. Scielo. 2019 Junio; 41(164).
9. Terrazas D. Funcionalidad familiar y riesgo de caídas en adultos mayores hospitalizados. Scielo. 2024 Marzo; 41(1).

10. Santiago A, Gonzales P. Factores de riesgo de caídas e índice de masa corporal en el adulto mayor hospitalizado. Scielo. 2020 Julio; 5(4).
11. Pinto J, Muñoz , Daniela. Riesgo de caída y factores predisponentes en Adultos Mayores. Revista Venezolana de enfermería. 2025 Febrero; 11(1): p. 45.
12. Cuesta C, Arredondo C. La prevención de las caídas de las personas mayores y sus familiares: una síntesis. Scielo. 2021 Agosto; 17(81).
13. Leiton Z. Predicción de caídas y caídas recurrentes en adultos mayores que viven en el domicilio. Scielo. 2024 Julio; 8(2): p. 112.
14. Arcelles , Francis , Fernandez K. Capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores de la Asociación Regional de Cesantes. Tesis de grado. Tacna: Universidad Continental, Escuela profesional de Tecnología Medica; 202 Marzo.
15. Villar L. Capacidad funcional asociada al riesgo de caídas en adultos mayores de un centro privado de rehabilitación de Lima, 2023. Tesis de grado. Lima: Universidad Norbet Wiener, Escuela profesional de Psicología; 2023.
16. Rivera F. La capacidad funcional y su relacion con el riesgo de caida en los adultos mayores albergados en el centro. Tesis de Licenciatura. Lima: Universidad Norbert Wiener, Escuela de Enfermería; 2022.
17. Espinoza E. capacidad funcional y riesgo de caída en adultos mayores del CIAM del distrito de los adultos mayores. Tesis de grado. Lima:

- Universidad Alas Peruanas, Facultad de Medicina Humana; 2020 Junio.
18. Sedano R. conocimiento de prevención de caídas del adulto mayor en consulta externa del INEN Lima. Tesis de pregrado. Lima: Universidad Nacional Federico Villareal, Facultad de Tecnología Medica; 2023.
  19. Cjuro A, Mamani P. Capacidad de autocuidado y riesgo de caídas en adultos mayores. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustion, Facultad de Enfermería; 2019.
  20. Ruiz A. Capacidad funcional asociada al riesgo de caídas en adultos mayores de un centro privado de rehabilitación de Lima. Lima: Universidad Norbert Wiener, Facultad Ciencias de la salud; 2023.
  21. Quispe N. Síndrome de caídas y capacidad funcional en adultos mayores del Centro de Salud La Revolución, Juliaca. Tesis de Grado. Puno: Universidad Peruana Union, Facultad de Enfermería; 2020.
  22. Vidal M, Yerba M. Relación entre la calidad de vida y el riesgo de caídas del adulto mayor atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca. Tesis de grado. Puno: Universidad Andina, Facultad de Salud; 2019 Febrero.
  23. Ramirez M. Valoración de la dependencia funcional en adultos mayores asociado a riesgo de caídas en el hogar. Scielo. 2020 Enero; 19(1).
  24. Martinez S. Actualización sobre la prevención de caídas en ancianos. Scielo. 2022 Junio; 33(1).

25. Figuereso N. Caracterización del adulto mayor en la comunidad. Scielo. 2023; 19(3).
26. Abaunza C, Mendoza M. Concepción del adulto mayor. Scielo. 2024 Mayo; 2(1).
27. Piña M, Gomez V. Envejecimiento y género: Reconstruyendo los roles sociales de las personas mayores en los cuidados. Scielo. 2022 Mayo; 9(2).
28. Bernui I, Delgado D. Factores asociados al estado y al riesgo nutricional en adultos mayores de establecimientos de atención primaria. Scielo. 2021 Octubre; 82(4).
29. Varela L. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. Scielo. 2024 Mayo; 33(2).
30. Maldonado C, Yanez M. Una aproximación al estudio del empleo en la tercera edad. Scielo. 2024 Mayo; 31(86).
31. Valdes B, Espinoza Y. Estrategia de intervención para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. Scielo. 2020 Octubre; 36(4).
32. Silva J. Riesgo de caída en el adulto mayor que acude a dos Centros de Día. Lima, Perú. Scielo. 2020; 14.
33. Riaño M, Moreno J. Condición física funcional y riesgo de caídas en adultos mayores. Scielo. 2020; 37(3).
34. Lara R, Lopez M. Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Scielo. 2022 Mayo; 1(2).

35. Capuñay J. Caídas en el adulto mayor. Estudio de una serie de pacientes de consultorio externo de medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Scielo. 2020 Mayo; 7(3).
36. Silva J. Riesgo de caída en el adulto mayor. Scielo. 2024 mayo; 14(3).
37. Linares L. Comportamiento de las caídas en adultos mayores ingresados en servicio de Geriatria. Scielo. 2020; 23(6).
38. Leiva A, Troncoso C. Factores asociados a caídas en adultos mayores. Scielo. 2020 Julio; 147(7).
39. Hernandez D. Aplicación de las actividades de la intervención de enfermería Prevención de caídas en adultos hospitalizados. Scielo. 2020 Junio; 14(2).
40. Cartier L. Caídas y alteraciones de la marcha. Scielo. 2020; 130(3).
41. Cigarroa I, Lasserre N. Asociación entre la velocidad de marcha y el riesgo de deterioro cognitivo en personas mayores que viven en la comunidad. Scielo. 2021 Febrero; 31(4).
42. Figueroa C, Vejares P. Caminata y vejez: explorando el espacio público. 2021;(doi: 10.1590/2175-3369.013.e20210128).
43. Salgado A. Investigación: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. Scielo. 2017; 13(13).
44. Morles V. Sobre la metodología como ciencia y el método científico: un espacio polémico. Scielo. 2002 Enero ; 23(66).
45. Muñoz E, Solis B. Enfoque cualitativo y cuantitativo de la evaluación formativa. Scielo. 2021 Diciembre; 6(3).

# ANEXOS

### ANEXO 1 MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

ELSA BASE DATOS.sav [Conjuntos de Datos] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

7 -

	edad	genero	estadonutricional	personaconquierevive	ocupacion	cuidadospreventivos	actividadesdelavidaABVD	Actividadesinstrume ntalesvidadariaAIVD	Riesgocaidas
1	60 a 64 años	Masculino	Adelgazado (Menor ...	Con sus hijos	comercion informal	Asiste a sus chequeos ...	Independiente	independiente	bajo riesgo de caidas
2	60 a 64 años	Masculino	Adelgazado (Menor ...	Con sus hijos	comercion informal	Asiste a sus chequeos ...	Independiente	independiente	bajo riesgo de caidas
3	60 a 64 años	Masculino	Adelgazado (Menor ...	Con sus hijos	comercion informal	Asiste a sus chequeos ...	Independiente	independiente	bajo riesgo de caidas
4	60 a 64 años	Femenino	Adelgazado (Menor ...	Con su pareja de simila...	comercion informal	Asiste a sus chequeos ...	Independiente	independiente	bajo riesgo de caidas
5	60 a 64 años	Femenino	Adelgazado (Menor ...	Con su pareja de simila...	comercion informal	Asiste a sus chequeos ...	Independiente	independiente	bajo riesgo de caidas
6	60 a 64 años	Masculino	Adelgazado (Menor ...	Con su pareja de simila...	comercion informal	Asiste a sus chequeos ...	Independiente	independiente	bajo riesgo de caidas
7	60 a 64 años	Masculino	Normal (23.1 a 27.9)	Con su pareja de simila...	Actividades agropecuari...	Asiste a sus chequeos ...	Independiente	independiente	bajo riesgo de caidas
8	60 a 64 años	Masculino	Adelgazado (Menor ...	Con su pareja de simila...	comercion informal	Asiste a sus chequeos ...	Independiente	independiente	bajo riesgo de caidas
9	60 a 64 años	Masculino	Adelgazado (Menor ...	Con sus hijos	comercion informal	Asiste a sus chequeos ...	Independiente	independiente	bajo riesgo de caidas
10	60 a 64 años	Masculino	Adelgazado (Menor ...	Con sus hijos	comercion informal	Asiste a sus chequeos ...	Independiente	independiente	bajo riesgo de caidas
11	60 a 64 años	Masculino	Adelgazado (Menor ...	Con sus hijos	comercion informal	Asiste a sus chequeos ...	Independiente	independiente	bajo riesgo de caidas
12	60 a 64 años	Masculino	Normal (23.1 a 27.9)	Con su pareja de simila...	Actividades agropecuari...	Asiste a sus chequeos ...	Independiente	independiente	bajo riesgo de caidas
13	60 a 64 años	Masculino	Normal (23.1 a 27.9)	Con su pareja de simila...	Actividades agropecuari...	Asiste a sus chequeos ...	Independiente	independiente	bajo riesgo de caidas
14	60 a 64 años	Masculino	Normal (23.1 a 27.9)	Con su pareja de simila...	Actividades agropecuari...	Asiste a sus chequeos ...	Independiente	independiente	bajo riesgo de caidas
15	60 a 64 años	Femenino	Normal (23.1 a 27.9)	Con su pareja de simila...	Actividades agropecuari...	Asiste a sus chequeos ...	Independiente	independiente	bajo riesgo de caidas
16	60 a 64 años	Masculino	Normal (23.1 a 27.9)	Con su pareja de simila...	Actividades agropecuari...	Asiste a sus chequeos ...	Independiente	independiente	bajo riesgo de caidas
17	60 a 64 años	Masculino	Normal (23.1 a 27.9)	Con su pareja de simila...	Actividades agropecuari...	Asiste a sus chequeos ...	Independiente	independiente	bajo riesgo de caidas
18	60 a 64 años	Masculino	Normal (23.1 a 27.9)	Con su pareja de simila...	Actividades agropecuari...	Asiste a sus chequeos ...	Independiente	independiente	bajo riesgo de caidas
19	60 a 64 años	Masculino	Adelgazado (Menor ...	Con su pareja de simila...	Actividades agropecuari...	Asiste a sus chequeos ...	Independiente	independiente	bajo riesgo de caidas
20	65 a 69 años	Femenino	Adelgazado (Menor ...	Con su pareja de simila...	Actividades agropecuari...	Asiste a sus chequeos ...	Independiente	independiente	bajo riesgo de caidas
21	65 a 69 años	Femenino	Adelgazado (Menor ...	Con sus hijos	Actividades agropecuari...	Asiste a sus chequeos ...	Independiente	independiente	bajo riesgo de caidas
22	65 a 69 años	Masculino	Adelgazado (Menor ...	Con sus hijos	Actividades agropecuari...	Asiste a sus chequeos ...	Independiente	independiente	bajo riesgo de caidas
23	65 a 69 años	Masculino	Adelgazado (Menor ...	Con sus hijos	comercion informal	Asiste a sus chequeos ...	Independiente	independiente	bajo riesgo de caidas
24	65 a 69 años	Masculino	Adelgazado (Menor ...	Con sus hijos	comercion informal	Asiste a sus chequeos ...	Independiente	independiente	bajo riesgo de caidas
25	65 a 69 años	Femenino	Adelgazado (Menor ...	Con su pareja de simila...	comercion informal	Asiste a sus chequeos ...	Independiente	independiente	riesgo de caidas mo...
26	65 a 69 años	Femenino	Adelgazado (Menor ...	Con su pareja de simila...	comercion informal	Asiste a sus chequeos ...	Independiente	independiente	riesgo de caidas mo...

ELSA BASE DATOS.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

24 : personaconquie... 3,00

	edad	genero	estadonutricional	personaconquie...	ocupacion	cuidadospreventivos	actividadesdelavidaABVD	Actividadesinstrume ntalesvidadianaAVID	Riesgocaidas
27	65 a 69 años	Femenino	Normal (23.1 a 27.9)	Con su pareja de simila...	comercion informal	Asiste a sus chequeos ...	Independiente	independiente	riesgo de caidas mo...
28	65 a 69 años	Femenino	Normal (23.1 a 27.9)	Con sus hijos	Trabajo domestico y cu...	Asiste a sus chequeos ...	Independiente	independiente	riesgo de caidas mo...
29	65 a 69 años	Femenino	Normal (23.1 a 27.9)	Con sus hijos	Trabajo domestico y cu...	No asiste a sus cheque...	Independiente	independiente	riesgo de caidas mo...
30	65 a 69 años	Masculino	Normal (23.1 a 27.9)	Con sus hijos	Trabajo domestico y cu...	Asiste a sus chequeos ...	Independiente	independiente	riesgo de caidas mo...
31	65 a 69 años	Masculino	Normal (23.1 a 27.9)	Con su pareja de simila...	Trabajo domestico y cu...	Asiste a sus chequeos ...	Independiente	independiente	riesgo de caidas mo...
32	65 a 69 años	Femenino	Normal (23.1 a 27.9)	Con su pareja de simila...	Trabajo domestico y cu...	Asiste a sus chequeos ...	Independiente	independiente	riesgo de caidas mo...
33	65 a 69 años	Femenino	Adelgazado (Menor ...	Vive solo(a)	Trabajo domestico y cu...	No asiste a sus cheque...	Independiente	independiente	riesgo de caidas mo...
34	65 a 69 años	Femenino	Adelgazado (Menor ...	Vive solo(a)	Trabajo domestico y cu...	No asiste a sus cheque...	Independiente	independiente	riesgo de caidas mo...
35	65 a 69 años	Femenino	Adelgazado (Menor ...	Con sus hijos	Actividades agropecuari...	No asiste a sus cheque...	Independiente	independiente	riesgo de caidas mo...
36	65 a 69 años	Femenino	Normal (23.1 a 27.9)	Con sus hijos	Trabajo domestico y cu...	No asiste a sus cheque...	Independiente	independiente	riesgo de caidas mo...
37	65 a 69 años	Femenino	Normal (23.1 a 27.9)	Con sus hijos	Trabajo domestico y cu...	No asiste a sus cheque...	Independiente	independiente	riesgo de caidas mo...
38	65 a 69 años	Femenino	Normal (23.1 a 27.9)	Con sus hijos	Trabajo domestico y cu...	No asiste a sus cheque...	Independiente	independiente	bajo riesgo de caidas
39	65 a 69 años	Femenino	Normal (23.1 a 27.9)	Con sus hijos	Trabajo domestico y cu...	No asiste a sus cheque...	Independiente	independiente	bajo riesgo de caidas
40	70 a 74 años	Masculino	Normal (23.1 a 27.9)	Con su pareja de simila...	Trabajo domestico y cu...	Asiste a sus chequeos ...	Independiente	independiente	bajo riesgo de caidas
41	70 a 74 años	Masculino	Normal (23.1 a 27.9)	Vive solo(a)	Trabajo domestico y cu...	Asiste a sus chequeos ...	Independiente	independiente	riesgo de caidas mo...
42	70 a 74 años	Masculino	Normal (23.1 a 27.9)	Con su pareja de simila...	comercion informal	Asiste a sus chequeos ...	Independiente	independiente	riesgo de caidas mo...
43	70 a 74 años	Masculino	Normal (23.1 a 27.9)	Con su pareja de simila...	Trabajo domestico y cu...	Asiste a sus chequeos ...	Independiente	independiente	riesgo de caidas mo...
44	70 a 74 años	Masculino	Adelgazado (Menor ...	Con su pareja de simila...	comercion informal	Asiste a sus chequeos ...	Independiente	independiente	riesgo de caidas mo...
45	70 a 74 años	Femenino	Adelgazado (Menor ...	Con su pareja de simila...	comercion informal	No asiste a sus cheque...	Independiente	independiente	riesgo de caidas mo...
46	70 a 74 años	Femenino	Adelgazado (Menor ...	Con su pareja de simila...	comercion informal	No asiste a sus cheque...	Independiente	independiente	riesgo de caidas mo...
47	70 a 74 años	Femenino	Adelgazado (Menor ...	Con su pareja de simila...	comercion informal	Asiste a sus chequeos ...	Independiente	independiente	riesgo de caidas mo...
48	70 a 74 años	Femenino	Adelgazado (Menor ...	Con sus hijos	comercion informal	Asiste a sus chequeos ...	Independiente	independiente	riesgo de caidas mo...
49	70 a 74 años	Femenino	Adelgazado (Menor ...	Con sus hijos	comercion informal	Asiste a sus chequeos ...	Independiente	independiente	riesgo de caidas mo...
50	70 a 74 años	Femenino	Sobrepeso (28 a 31.9)	Con su pareja de simila...	comercion informal	No asiste a sus cheque...	Dependiente leve	independiente	alto riesgo de caidas
51	70 a 74 años	Femenino	Sobrepeso (28 a 31.9)	Con su pareja de simila...	comercion informal	No asiste a sus cheque...	Dependiente leve	independiente	alto riesgo de caidas
52	70 a 74 años	Femenino	Sobrepeso (28 a 31.9)	Con su pareja de simila...	Trabajo domestico y cu...	No asiste a sus cheque...	Dependiente leve	independiente	alto riesgo de caidas



## ANEXO 2 MATRIZ DE CONSISTENCIA

**TITULO:** Capacidad funcional relacionado al riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Santa María Juliaca 2025

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE VALORES	METODOLOGIA
<p><b>PROBLEMA GENERAL</b></p> <p>PG. ¿De qué manera la capacidad funcional está relacionado al riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Santa María Juliaca 2025?</p> <p><b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</b></p> <p>PE1. ¿Cuáles son las características personales relacionados al riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Santa María?</p> <p>PE2. ¿Cuáles son los indicadores de la valoración de la capacidad funcional relacionados al riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Santa María?</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b></p> <p>OG. Analizar la capacidad funcional relacionado al riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Santa María Juliaca 2025.</p>	<p><b>HIPÓTESIS GENERAL</b></p> <p>HG. La capacidad funcional está relacionado significativamente al riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Santa María Juliaca 2025.</p>	<p><b>Variable 1</b></p> <p>1. Capacidad funcional</p>	<p>1.1 Desarrollo social</p>	1.1.1 Edad	a. 60 a 64 años b. 65 a 69 años c. 70 a 74 años d. 75 a 79 años	<p><b>1. Diseño:</b> No experimental</p> <p><b>Nivel:</b> explicativo</p> <p><b>2. Tipo de investigación:</b> Básica, correlacional y transversal.</p> <p><b>3. Enfoque:</b> Cuantitativo</p> <p><b>4. Población:</b> 65 adultos mayores Atendidos en el puesto de salud Santa María</p> <p><b>Muestra:</b> No se sacara muestra se trabajara con el total de la población.</p> <p><b>5. Técnicas:</b></p> <p><b>Variable 1:</b> Entrevista</p> <p><b>Variable 2:</b> Observación</p>
	<p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p> <p>OE1. Identificar las características personales relacionados al riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Santa María.</p>	<p><b>HIPÓTESIS ESPECIFICAS</b></p> <p>HE1. Las características personales relacionados al riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Santa María son: La edad, el género, el estado nutricional, persona con quien conviven, ocupación y cuidados preventivos.</p>			<p>1.1.2 Genero</p>	a. Masculino b. Femenino	
	<p>OE2. Describir la valoración de la capacidad funcional relacionado al riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Santa María.</p>	<p>HE2. Los indicadores de la valoración de la capacidad funcional relacionados al riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Santa María son: Las actividades básicas e</p>			1.1.3 Estado nutricional	a. Adelgazado (Menor de 23) b. Normal (23.1 a 27.9) c. Sobrepeso (28 a 31.9)	
					1.1.4 Persona con la cual convive	a. Vive solo(a) b. Con su pareja de similar edad c. Con sus hijos	
					1.1.5 Ocupación	a. Trabajo doméstico y cuidado de nietos b. Comercio informal c. Actividades agropecuarias y textiles	
					1.1.6 Cuidados preventivos	a. Asiste a sus chequeos periódicos al establecimiento de salud b. No asiste a sus chequeos	
					1.2.1 Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)	a. Independiente (100 puntos) b. Dependencia leve (91 a 99 puntos) c. Dependencia moderada (61 a 90 puntos) d. Dependencia severa (21 a 60 puntos)	
			1.2 Caracterización de la madre				

<p>PE3. ¿Cuál es el riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Santa María?</p>	<p>OE3. Identificar el riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Santa María.</p>	<p>instrumentales de la vida diaria.</p> <p>HE3. El riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Santa María es bajo riesgo de caídas.</p>	<p><b>Variable 2</b></p> <p>2. Riesgo de caídas</p>	<p>1.2.2 Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)</p>	<p>a. Independiente (8 puntos)                  b. Dependencia leve (6 a 7 puntos)                  c. Dependencia moderado (4 a 5 puntos)                  d. Dependencia severo (2 a 3 puntos)</p>	<p>6. <b>Instrumentos:</b>  <b>Variable 1:</b> será un guía de entrevista basado en el índice de Barthel y escala de Lawton y Brody.  <b>Variable 2:</b> Será una guía de observación de los riesgos de caída</p> <p>Prueba de hipótesis                  Se hará uso de la prueba estadística Ch2</p>
				<p>2.1 Resultados</p>	<p>a. Alto riesgo de caídas (0-18 puntos)                  b. Riesgo moderado de caídas (19 a 24 puntos)                  c. Bajo riesgo de caídas (25 -28 puntos)</p>	$\chi^2 = \sum \frac{(o_i - e_i)^2}{e_i}$

### **ANEXO 3 CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, a través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada “Capacidad funcional relacionado al riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Santa María Juliaca 2025”, autorizando a la Bach. Elsa Isabel Ramos Quisocala, egresado de la Escuela de Enfermería de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, para la realización de dos cuestionarios para la recolección de datos. Al firmar este documento reconozco que he leído el documento y se me ha sido informada claramente sobre los objetivos del estudio de investigación. Comprendo y acepto participar en la investigación.

---

**Firma del participante**

## ANEXO 4 INSTRUMENTOS


### FICHA DE ENTREVISTA SOBRE LA CAPACIDAD FUNCIONAL

Ficha N°:.....

#### A. Valoración personal

1. ¿Cuál es su edad?
  - a. 60 a 64 años
  - b. 65 a 69 años
  - c. 70 a 74 años
  - d. 75 a 79 años
2. Genero:
  - a. Masculino
  - b. Femenino
3. Estado nutricional según el IMC:
  - a. Adelgazado (Menor de 23)
  - b. Normal (23.1 a 27.9)
  - c. Sobrepeso (28 a 31.9)
4. Persona con la cual convive:
  - a. Vive solo(a)
  - b. Con su pareja de similar edad
  - c. Con sus hijos
5. ¿Cuál es su ocupación?
  - a. Trabajo doméstico y cuidado de nietos
  - b. Comercio informal
  - c. Actividades agropecuarias y textiles
6. ¿Acudes al establecimiento de salud?
  - a. Asiste a sus chequeos periódicos al establecimiento de salud
  - b. No asiste a sus chequeos

## FORMATO DE CUIDADO INTEGRAL DE LA PAM

							4				
<b>FORMATO DE CUIDADO INTEGRAL DE SALUD DE LA PAM</b>											
<b>CONSULTA</b>											
<b>ENFERMEDAD ACTUAL</b>											
Fecha:			Hora:			Edad:					
Motivo de consulta:						Tiempo de Enfermedad:					
Apetito:		Sed:		Sueño:		Estado de ánimo:					
Orina:			Deposiciones:			Pérdida de peso:					
Ex. Físico		T°:	P A :	FC:	FR:	Peso:	Talla:	IMC:			
Piel:											
TCSC: Edemas				Estado de los pies (pulsos pedios):							
Cabeza y Cuello:											
Cavidad oral:											
Tórax y Pulmones:											
Aparato Cardiovascular:											
Abdómen:											
Aparato Génitourinario:					Tacto Rectal:						
Sistema Nervioso:											
Aparato Locomotor:											
<b>DIAGNOSTICOS:</b>											
<p>I. FUNCIONAL : Independiente <input type="checkbox"/> Dependiente Parcial <input type="checkbox"/> Dependiente Total <input type="checkbox"/></p> <p>II. MENTAL</p> <p>2.1 Estado Cognitivo Normal <input type="checkbox"/> DC Leve <input type="checkbox"/> DC Moderado <input type="checkbox"/> DC Severo <input type="checkbox"/></p> <p>2.2 Estado Afectivo Sin manifestaciones Depresivas <input type="checkbox"/> Con manifestaciones depresivas <input type="checkbox"/></p> <p>III. SOCIO-FAMILIAR : Buena <input type="checkbox"/> Riesgo social <input type="checkbox"/> Problema Social <input type="checkbox"/></p> <p>IV. FÍSICO : 1.- 2.- 3.- 4.-</p>											
<b>CATEGORÍAS DEL ADULTO MAYOR:</b>											
(Al final de la primera consulta)											
INDEPENDIENTE			<input type="text"/>			DEPENDIENTE TOTAL			<input type="text"/>		
DEPENDIENTE PARCIAL			<input type="text"/>								
<b>TRATAMIENTO</b>						<b>Exámenes auxiliares</b>					
						Referencia (Lugar y motivo):					
Próxima Cita:				Firma y Sello:							
Atendido por:				( Colegio prof. )							
Observación:											
<b>APELLIDOS Y NOMBRES:</b>							N° HC				

B. Valoración de la capacidad funcional  
1. Actividades básicas de la vida diaria (ABVD):

<b>INDICE DE BARTHEL</b>		
<b>Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)</b>		
<b>Parámetros</b>	<b>Situación del Paciente</b>	<b>Puntos</b>
<b>Comer</b>	Totalmente independiente.	10
	Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc. pero es capaz de comer sólo.	5
	Dependiente: necesita ser alimentado por otra persona.	0
<b>Lavarse (baño)</b>	Independiente: además, entra y sale sólo del baño.	5
	Dependiente: Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.	0
<b>Vestirse</b>	Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos.	10
	Necesita ayuda.	5
	Dependiente.	0
<b>Arreglarse (aseo)</b>	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	Dependiente.	0
<b>Deposición (Tomar en cuenta semana anterior)</b>	Continencia normal.	10
	Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas.	5
	Incontinencia.	0
<b>Micción (Tomar en cuenta semana anterior)</b>	Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta.	10
	Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda.	5
	Incontinencia.	0
<b>Uso del servicio higiénico</b>	Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa.	10
	Necesita ayuda para ir al servicio higiénico, pero se limpia solo.	5
	Dependiente.	0
<b>Trasladarse</b>	Independiente para ir del sillón a la cama.	15
	Minima ayuda física o supervisión para hacerlo.	10
	Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo.	5
	Dependiente.	0
<b>Deambular</b>	Independiente, camina solo 50 metros.	15
	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros.	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda.	5
	Dependiente.	0
<b>Escalones</b>	Independiente para bajar y subir escaleras.	10
	Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo.	5
	Dependiente.	0

<b>DIAGNÓSTICO FUNCIONAL</b>	<input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE	100 PTS.
	<input type="checkbox"/> DEPENDIENTE LEVE	MAYOR O IGUAL A 60 PTS
	<input type="checkbox"/> DEPENDIENTE MODERADO	DE 40 A 55 PUNTOS
	<input type="checkbox"/> DEPENDIENTE SEVERO	DE 20 A 35 PUNTOS
	<input type="checkbox"/> DEPENDIENTE TOTAL	MENOR A 20 PUNTOS

## 2. Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

### **ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA - ESCALA LAWTON Y BRODY-**

**Población diana:** Población general. Se trata de un cuestionario heteroadministrado que consta de 8 ítems. No tiene puntos de corte. A mayor puntuación mayor independencia, y viceversa. El rango total es 8.

	<b>Puntos</b>
<b>Capacidad de usar el teléfono</b>	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia, busca y marca los números, etc	1
Es capaz de marcar bien algunos números conocidos	1
Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar	1
No utiliza el teléfono en absoluto	0
<b>Ir de compras</b>	
Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
<b>Preparación de la comida</b>	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí mismo/a adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y le sirvan las comidas.	0
<b>Cuidado de la Casa</b>	
Mantiene la casa solo/a o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
Realiza tareas domésticas ligeras, como lavar los platos o hacer las	1
Realiza tareas domésticas ligeras, pero no puede mantener un nivel de	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	0
No participa en ninguna labor de la casa	0
<b>Lavado de la ropa</b>	
Lava por sí mismo/a toda su ropa	1
Lava por sí mismo/a pequeñas prendas (aclarar medias, etc)	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
<b>Uso de medios de transporte</b>	
Viaja solo/a en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de cojer un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
Utiliza el taxi o el automóvil sólo con ayuda de otros	0
No viaja en absoluto	0
<b>Responsabilidad respecto a su medicación</b>	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas	1
Toma su medicación si se le prepara con anticipación y en dosis	0
No es capaz de administrarse su medicación.	0
<b>Manejo de asuntos económicos</b>	
Maneja los asuntos financieros con independencia (presupuesta, rellena cheques, paga recibos y facturas, va al banco) recoge y conoce sus	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes	1
Incapaz de manejar dinero.	0
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	

### **Baremo actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)**

- a. Independiente (8 puntos)
- b. Dependencia leve (6 a 7 puntos)
- c. Dependencia moderado (4 a 5 puntos)
- d. Dependencia severo (2 a 3 puntos)

## GUIA DE OBSERVACIÓN RIESGO DE CAÍDAS

### ESCALA DE TINNETI

#### Evaluación del equilibrio

Instrucciones: El paciente inicia la prueba sentado en una silla fija sin apoyar los brazos. Acto seguido se realizan las siguientes indicaciones

INDICACIÓN	PUNTAJE	SUMA
<b>1. Equilibrio sentado</b>		
a) Se inclina o resbala de la silla	0	
b) Está estable y seguro	1	
<b>2. Levantarse de la silla</b>		
a) Es incapaz sin ayuda	0	
b) Capaz, pero usa los brazos	1	
c) Capaz sin usar los brazos	2	
<b>3. Intentos para levantarse</b>		
a) Es incapaz sin ayuda	0	
b) Es capaz, pero requiere más de un intento	1	
c) Es capaz de un solo intento	2	
<b>4. Equilibrio inmediato al ponerse de pie (los primeros 5 segundos)</b>		
a) Inestable (vacila, mueve los pies, marcada oscilación del tronco)	0	
b) Estable, pero usa algún dispositivo de ayuda	1	
c) Estable sin ayuda de soporte o auxilio	2	
<b>5. Equilibrio de pie por tiempo prolongado</b>		
a) Inestable (vacila, mueve los pies, marcada oscilación del tronco )	0	
	1	
b) Estable, pero con base de apoyo amplia (talones >10cm)	2	
<b>6. Empujón ligero ojos abiertos (posición firme, con los pies juntos, se empuja sobre el esternón de la persona con la palma de la mano en 3 ocasiones)</b>		
a) Tiende a caerse	0	
b) Se tambalea, pero se endereza solo	1	
c) Permanece estable	2	
<b>7. Empujón ligero ojos cerrados (posición firme, con los pies juntos, se empuja sobre el esternón de la persona con la palma de la mano en 3 ocasiones)</b>		
a) Inestable	0	
b) Estable	1	
<b>8. Giro 360°</b>		
a) Presenta pasos discontinuos	0	
c) Presenta pasos continuos	1	
d) Inestable (se sujeta o se tambalea)	0	
e) Estable	1	
<b>9. Sentarse nuevamente en la silla</b>		
a) Inseguro (calcula mal la distancia, cae en la silla)	0	
b) Usa los brazos para asegurarse, hay movimientos bruscos	1	
c) Seguro con movimientos suaves	2	

### Evaluación de la marcha

Instrucciones: El paciente y el examinador permanecen de pie, acto seguido se procederá a caminar por el pasillo o lugar determinado para la realización de la prueba (unos 8 metros) a "paso normal" y de regreso a "paso ligero", pero con seguridad "

INDICACIÓN	PUNTAJE	SUMA
1.-inicio de la marcha (inmediatamente después de indicar la partida)		
a) Cualquier duda o vacilación o intentos múltiples para empezar	0	
b) No vacila	1	
2.-Longitud y altura del paso		
2.1) Movimiento del pie derecho		
a) No sobrepasa al pie izquierdo	0	
b) Sobrepasa al pie izquierdo	1	
c) No se despega completamente del suelo	0	
d) Se despega completamente del suelo	1	
2.2) Movimiento del pie izquierdo		
a) No sobrepasa al pie derecho	0	
b) Sobrepasa al pie derecho	1	
c) No se despega completamente del suelo	0	
d) Se despega completamente del suelo	1	
3.-Simetría del paso		
a) La longitud del paso con el pie izquierdo y derecho son desiguales	0	
b) La longitud del paso con el pie izquierdo y derecho son iguales	1	
4.-Continuidad del paso		
a) Interrumpido y discontinuidad	0	
b) Pasos parecen continuos	1	
5.-Trayectoria		
a) Desviación marcada	0	
b) Desviación moderada	1	
c) En línea recta, sin ayuda	2	
6.-Posición del Tronco		
a) Marcado balanceo o usa ayuda	0	
b) Sin balanceo, pero flexiona las rodillas, espalda o separa los brazos del tronco al caminar.	1	
c) Sin balanceo, sin flexión y sin ayuda .	2	
7.-Postura al caminar		
a) Talones separado al caminar	0	
b) Talones juntos al caminar	1	

## ANEXO 5 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

### VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO JUICIO DE EXPERTOS

Los abajo firmantes, profesionales en Enfermería, certificamos que el instrumento de encuesta, que se usara para la recolección de datos del trabajo de investigación titulado **“CAPACIDAD FUNCIONAL RELACIONADO AL RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD SANTA MARÍA JULIACA 2025”** está apto para ser usado. Consideramos que el instrumento es válido para su uso previsto.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1
El instrumento propuesto corresponde a los objetivos propuestos en el estudio.	1
La estructura del instrumento es el adecuado.	1
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	1
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	1
Los ítems son claros y entendibles	1
El número de ítems es adecuado para su aplicación	1
Se debe eliminar algunos ítems	0
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>

Se ha considerado como resultado un total de:

- De acuerdo = 1(Si)
- En desacuerdo = 0 (No)


 MINISTERIO DE SALUD  
 RED - SAN ROMÁN  
 P.S. SANTA MARÍA  
  
 SAYDA V. MARCHACA DÍAZ  
 LIC. ENFERMERIA  
 C.E.P. 07420

### VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO JUICIO DE EXPERTOS

Los abajo firmantes, profesionales en Enfermería, certificamos que el instrumento de encuesta, que se usara para la recolección de datos del trabajo de investigación titulado **“CAPACIDAD FUNCIONAL RELACIONADO AL RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD SANTA MARÍA JULIACA 2025”** está apto para ser usado. Consideramos que el instrumento es válido para su uso previsto.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1
El instrumento propuesto corresponde a los objetivos propuestos en el estudio.	1
La estructura del instrumento es el adecuado.	1
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	1
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	1
Los ítems son claros y entendibles	1
El número de ítems es adecuado para su aplicación	1
Se debe eliminar algunos ítems	0
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>

Se ha considerado como resultado un total de:

- De acuerdo = 1(Si)
- En desacuerdo = 0 (No)


 MINISTERIO DE SALUD  
 RED SANITARIA  
 P.S. SANTA MARÍA  
 Nory Yuruna Mamur Apollin  
 LIC. ENFERMERA  
 C.E.P.

### VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO JUICIO DE EXPERTOS

Los abajo firmantes, profesionales en Enfermería, certificamos que el instrumento de encuesta, que se usara para la recolección de datos del trabajo de investigación titulado **“CAPACIDAD FUNCIONAL RELACIONADO AL RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD SANTA MARÍA JULIACA 2025”** está apto para ser usado. Consideramos que el instrumento es válido para su uso previsto.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1
El instrumento propuesto corresponde a los objetivos propuestos en el estudio.	1
La estructura del instrumento es el adecuado.	1
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	1
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	1
Los ítems son claros y entendibles	1
El número de ítems es adecuado para su aplicación	1
Se debe eliminar algunos ítems	0
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>

Se ha considerado como resultado un total de:

- De acuerdo = 1(Si)
- En desacuerdo = 0 (No)
- 


**MINISTERIO DE SALUD**  
**RED - SAN ROMÁN**  
**P.S. SANTA MARÍA**  
  


---

**Basilica Prima Mamani**  
**ENFERMERA**  
**C.E.P. 37020**

## ANEXO 6 AUTORIZACIÓN DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN

**"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"**

**SOLICITO: AUTORIZACION PARA  
REALIZAR ESTUDIO DE TESIS**

**Dra.**

**JEFE DEL PUESTO DE SALUD SANTA MARIA**

Yo, **ELSA ISABEL RAMOS  
QUISOCALA**, bachiller en enfermería  
de la Universidad Andina "Néstor  
Cáceres Velásquez" de Juliaca,  
identificado con DNI N° **74643168**, con  
domicilio en el Jr. Elías Aguirre N° 373,  
ante Ud. me presento y expongo lo  
siguiente:

Que mediante el presente documento me dirijo a usted Señor (a) Jefe del Puesto de salud Santa María, con la finalidad de solicitarle autorización para realizar estudio de TESIS. En el Área de Enfermería denominado **CAPACIDAD FUNCIONAL RELACIONADO AL RIESGO DE CAIDAS EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD SANTA MARIA JULIACA 2025**, con el fin de optar mi Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

**POR LO EXPUESTO:** Pido a usted Señor (a) Jefe del Puesto de Salud, acceder mi petición por ser justa y legal.

Juliaca 22 de mayo del 2025

ELSA ISABEL RAMOS QUISOCALA

DNI: 74643168





PERÚ

PUESTO DE SALUD  
SANTA MARIA

### AUTORIZACION PARA REALIZAR ESTUDIO DE TESIS

**EL JEFE Y LA JEFA DE ENFERMERAS DEL PUESTO DE SALUD SANTA  
MARIA – JULIACA**

#### AUTORIZAN

A la bachiller en enfermería **ELSA ISABEL RAMOS QUISOCALA**, de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca, identificada con **DNI N° 74643168**, se le autoriza realizar la entrevista a los Adultos Mayores del Puesto de Salud Santa María para el estudio de TESIS. Denominado **CAPACIDAD FUNCIONAL RELACIONADO AL RIESGO DE CAIDAS EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD SANTA MARIA JULIACA 2025**.

Juliaca 22 de mayo del 2025



## ANEXO 7 POBLACIÓN



PUESTO DE SALUD  
SANTA MARIA

**“CAPACIDAD FUNCIONAL RELACIONADO AL RIESGO DE CAÍDAS EN  
ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD SANTA  
MARÍA JULIACA 2025”**

**POBLACION ADULTO MAYOR ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD  
SANTA MARIA – JULIACA 2025**

GRUPO ETARIO	TOTAL
ADULTOS MAYORES	65

MINISTERIO DE SALUD  
RED - SAN ROMÁN  
P.S. SANTA MARIA  
*Basilica Irma Mamani*  
ENFERMERA  
C.E.P. 37020

ANEXO 1  
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓNAUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS  
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN  
EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCVFormato digital Fecha de entrega: 07/11/2025

## 1. Datos del autor (es):

Nombres y Apellidos: ELSA ISABEL RAMOS QUISOCALADirección: Jr. Elias Aguirre N° 373DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 74643168Teléfono: 916145529email: ramosquisocalae@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 CAPACIDAD FUNCIONAL RELACIONADO AL RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES  
ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD SANTA MARÍA JULIACA 2025Palabras claves, (3 a 5 términos): Adultos mayores, capacidad funcional, riesgo de caídas.¿Esta obra se desarrolló en la UANCV <sup>1, 2</sup>?1<sup>1</sup> 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.<sup>2</sup> 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
- Nacional

Línea de investigación: SALUD PÚBLICA - P07



07 de noviembre del 2025

Firma de Autor

huella digital

Fecha