



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**Capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores, de
un Hospital del Seguro Social del Callao, 2021**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Licenciado en Enfermería

AUTORES:

Bach. León Meléndez, Flor de María (ORCID: 0000-0002-0060-7916)

Bach. Tarazona Reyes, Daniela Kathy (ORCID: 0000-0001-9176-6893)

ASESORA:

Dra. Neyra Aranda, Alicia Olinda (ORCID: 0000-0002-2817-5692)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

POLITICAS Y GESTIÓN EN SALUD

LIMA – PERÚ

2021

DEDICATORIA

Dedicamos nuestra tesis a la población adulta mayor, con el objetivo de cuidar su capacidad funcional y evitar riesgos de caídas, ayudando a prolongar sus vidas, de una manera más segura, con gozo, plenitud y dignidad.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por permitirnos cumplir una meta más, por darnos buenos padres, maestros y asesores de tesis que colaboraron en nuestra formación personal y profesional. A la Universidad César Vallejo por ser parte de nuestra titulación de licenciadas en enfermería.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice de contenidos.....	iv
Índice de tablas.....	v
Índice de gráficos.....	vi
Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	01
II. MARCO TEÓRICO.....	05
III. METODOLOGÍA.....	15
3.1. Tipo de diseño de investigación.....	15
3.2. Variables y operacionalización.....	16
3.3. Población, muestra y muestreo.....	17
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	18
3.5. Procedimientos.....	20
3.6. Método de análisis de datos.....	21
3.7. Aspectos éticos.....	21
IV. RESULTADOS.....	23
V. DISCUSIÓN.....	38
VI. CONCLUSIONES.....	41
VII. RECOMENDACIONES.....	42
REFERENCIAS.....	43
ANEXOS.....	49

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Datos demográficos según el sexo.....	23
Tabla 2 Datos demográficos según la edad.....	24
Tabla 3 Datos demográficos según el grado de instrucción.....	25
Tabla 4 Datos según la variable capacidad funcional.....	26
Tabla 5 Datos según las dimensiones actividades básicas e instrumentales.....	27
Tabla 6 Datos según la variable riesgo de caídas.....	28
Tabla 7 Datos según las dimensiones equilibrio y marcha.....	29
Tabla 8 Sexo según riesgo de caídas.....	30
Tabla 9 Edad según riesgo de caídas.....	31
Tabla 10 Capacidad funcional según riesgo de caídas.....	32
Tabla 11 Capacidad funcional en su dimensión actividades básicas según riesgo de caídas.....	33
Tabla 12 Capacidad funcional en su dimensión actividades instrumentales según riesgo de caídas.....	34
Tabla 13 Prueba de correlación según Spearman entre la capacidad funcional y riesgo de caídas.....	35
Tabla 14 Prueba de correlación según Spearman entre las actividades básicas y riesgo de caídas.....	36
Tabla 15 Prueba de correlación según Spearman entre las actividades instrumentales y riesgo de caídas.....	37

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Datos demográficos según el sexo.....	23
Gráfico 2 Datos demográficos según la edad.....	24
Gráfico 3 Datos demográficos según el grado de instrucción	25
Gráfico 4 Datos según la variable capacidad funcional	26
Gráfico 5 Datos según las dimensiones actividades básicas e instrumentales.....	27
Gráfico 6 Datos según la variable riesgo de caídas.....	28
Gráfico 7 Datos según las dimensiones equilibrio y marcha.....	29
Gráfico 8 Sexo según riesgo de caídas.....	30
Gráfico 9 Edad según riesgo de caídas.....	31
Gráfico 10 Capacidad funcional según riesgo de caídas.....	32
Gráfico 11 Capacidad funcional en su dimensión actividades básicas según riesgo de caídas.....	33
Gráfico 12 Capacidad funcional en su dimensión actividades instrumentales según riesgo de caídas.....	34

RESUMEN

El objetivo fue determinar la relación entre capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores, de un Hospital del Seguro Social del Callao, 2021. La metodología utilizada fue de nivel básico, no experimental, correlacional, cuantitativo y de corte transversal, aplicados a 25 adultos mayores. Como resultados se obtuvo que, al correlacionar la capacidad funcional según riesgos de caídas, del grupo de ausencia de incapacidad 28% no presentan riesgo y 4% presentan riesgo. Del grupo de incapacidad moderada 48% presentan riesgo, 4% no presentan riesgo y, 4% presentan riesgo alto. Por último, del grupo de incapacidad severa 12% presentan riesgo alto. Concluyendo que se logró determinar que existe una relación medianamente significativa entre capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores; según la correlación de Spearman de 0.685, con una significancia estadística de $p=0.001$.

Palabras claves: Capacidad funcional, riesgo de caídas, adultos mayores.

ABSTRACT

The objective was to determine the relationship between functional capacity and risk of falls in older adults, from a Hospital del Seguro Social del Callao, 2021. The methodology used was basic, non-experimental, correlational, quantitative and cross-sectional, applied to 25 older adults. As results it was obtained that, when correlating functional capacity according to risk of falls, of the group of absence of disability, 28% do not present risk and 4% present risk. Of the moderate disability group, 48% are at risk, 4% are not at risk, and 4% are at high risk. Lastly, 12% of the severe disability group are at high risk. Concluding that it was possible to determine that there is a moderately significant relationship between functional capacity and risk of falls in older adults; according to the Spearman correlation of 0.685, with a statistical significance of $p = 0.001$.

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

I. INTRODUCCIÓN

Desde la creación de los centros hospitalarios se ha manifestado que son lugares de recuperación de la salud, en donde llegan pacientes con muchas patologías, así como, con diferentes lesiones que se dan en cualquier momento o circunstancia de la cotidianeidad.

La entidad precursora como es la Organización Mundial de la Salud refiere que, en el año 2018 más de 646, 000 muertes fueron causadas por caídas en los centros hospitalarios, el 80% de mortalidad, a causa de este incidente, se registran en los estados con sustentos económicos no tan altos, el 60% en el Pacífico y Asia Sudoriental, afectando a los adultos mayores.¹

Así mismo, esta entidad entrega datos que llaman la atención al proyectar que, en el año 2050, se considera una mayor población longeva. En donde los adultos mayores necesitarán en mayor o menos medidas de cuidados asistenciales en la vida diaria.²

La comunidad Hispanoamericana está incrementando la supervivencia de las personas de la tercera edad, así lo hace conocer un estudio poblacional mexicano, cuando afirma que Latinoamérica y el Caribe aumentarán los individuos longevos.³

Alrededor de un 30% de pacientes norteamericanos que llegan a tener una contusión, presentan diferentes niveles de traumatismos, que a la vez presentan factores relacionados a la incapacidad funcional y algunas patologías por degeneración celular, que se presentan al llegar a la vejez.¹

El estudio que realizó el Ministerio de Salud en el 2018 menciona que las personas añosas están expuestas a caídas, en una proporción que fluctúa entre 30% a 60%. El porcentaje mayoritario se da en personas de 80 años (50%) y muchas veces ocasionan lesiones o fracturas que requieren atención oportuna u hospitalización.⁴

Por eso, esta entidad recomienda que, cuando un individuo se convierte en adulto mayor, se debe considerar el ejercicio físico, como parte de su rutina, verbigracia: caminatas, danzas o actividades que se mantengan en movimiento, con la finalidad de prevenir caídas como enfermedades propias de esta etapa de vida.⁴

Diversos autores describen que, en las regiones del Perú, existen pacientes mayores de 60 años, con sintomatología depresiva, donde un considerable 35,23%, a mayor riesgo de caídas en sus actividades cotidianas.⁵ Estas perturbaciones del equilibrio y las caídas de los septuagenarios son problemas que enfrenta la salud pública de nuestro país.

Los centros hospitalarios en el Perú, actualmente, se encuentran ocupados en el aspecto de la pandemia. Sin embargo, los problemas de la salud pública rebasan los linderos de estos centros, donde los adultos mayores quedan rezagados a mínimas atenciones cada vez que asisten a los hospitales.

En estos centros son más propensos y frecuentes las caídas de los adultos mayores de lo que se puede pensar. Además, se ha evidenciado que dichos pacientes carecen de las atenciones básicas de salud, debido a la demanda y centralización de hospitalizaciones de pacientes con Covid-19.

El equipo de salud está centrado en la urgencia del momento. Por ello, nuestro trabajo de investigación enfatiza que, por un lado, los adultos mayores de un **Hospital del Seguro Social del Callao**, internados por diversas patologías o afecciones, se encuentran expuestos a sufrir caídas. Debido a que, muchos de ellos presentan problemas en sus actividades cotidianas como caminar, dolor en las articulaciones, rigidez, falta de fuerza y del equilibrio; también presentan cambios en los sentidos y estado mental como demencia senil, delirios y confusión. Por otro lado, algunos presentan enfermedades crónicas, sumado a esto, el mobiliario inadecuado, camas deterioradas, suelo mojado, que hacen que el peligro de sufrir caídas esté presente. Todo ello crea limitaciones y dependencias en sus vidas o en el peor de los casos, golpes que pueden provocar sus decesos.

Los familiares de estos pacientes hospitalizados tienen restringido el ingreso o permanencia en los servicios con ellos, dificultando la ayuda en el desplazamiento o asistencia en el desarrollo de sus actividades del paciente. Debido a que la restricción busca evitar la transmisión del virus Covid-19, dejando a los pacientes al cuidado del escaso personal de enfermería con que cuenta el nosocomio en mención.

A través de la siguiente investigación se pretende responder la pregunta que nos hemos propuesto como: **Problema general** ¿Cuál es la relación entre capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores, de un Hospital del Seguro Social del Callao, 2021?

Este problema general a su vez se puede derivar en los siguientes **problemas específicos**, que tratan congruentemente dar respuesta al planteamiento que proponemos líneas arriba:

¿Cuál es la relación entre capacidad funcional en su dimensión actividades básicas y riesgo de caídas en adultos mayores, de un Hospital del Seguro Social del Callao, 2021?

¿Cuál es la relación entre capacidad funcional en su dimensión actividades instrumentales y riesgo de caídas en adultos mayores, de un Hospital del Seguro Social del Callao, 2021?

La justificación **teórica** que se busca es desarrollar las variables independientes de capacidad funcional, así como, riesgo de caídas; teniendo en cuenta las dimensiones que se derivan de estas dos variables, aportando conocimientos sobre la problemática que se muestra en este estudio, con el fin de esclarecer algunas dudas o vacíos de dichas variables en una realidad actual, demostrando de **manera práctica** debido a que los resultados que se obtengan de una forma parcial por parte de los pacientes, permitirán evaluar el nivel de la capacidad funcional en relación al riesgo de caídas que presenten según el déficit del autocuidado, con el fin de aportar en su salud y calidad de vida. Asimismo, el estudio presenta una justificación **metodológica** ya que propone un método de medición de las variables de estudio con resultados fiables debido a que se utilizarán instrumentos validados que servirán de aportes en otras investigaciones para el personal de enfermería. Además, la parte **epistemológica** se considera que la investigación esgrime, para el estudio de las variables, un enfoque epistémico; basado en el estudio científico de la Organización Mundial de la Salud, de nuestra teorista Dorothea Orem y también de los autores encontrados que realizaron investigaciones similares a la nuestra.

La investigación tiene como **objetivo general**: Determinar la relación entre capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores, de un Hospital del Seguro Social del Callao, 2021.

Y como **objetivos específicos** se tuvo lo siguiente:

Identificar la relación entre capacidad funcional en su dimensión actividades básicas y riesgo de caídas en adultos mayores, de un Hospital del Seguro Social del Callao, 2021

Establecer la relación entre capacidad funcional en su dimensión actividades instrumentales y riesgo de caídas en adultos mayores, de un Hospital del Seguro Social del Callao, 2021

Finalmente, como **Hipótesis general**:

Ha: Existe relación significativa entre capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores, de un Hospital del Seguro Social del Callao, 2021.

Ho: No existe relación significativa entre capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores, de un Hospital del Seguro Social del Callao, 2021.

Como **hipótesis específicas**, consideramos que:

Ha: Existe relación significativa entre capacidad funcional en su dimensión actividades básicas y riesgo de caídas en adultos mayores, de un Hospital del Seguro Social del Callao, 2021.

Ho: No existe relación significativa entre capacidad funcional en su dimensión actividades básicas y riesgo de caídas en adultos mayores, de un Hospital del Seguro Social del Callao, 2021.

Ha: Existe relación significativa entre capacidad funcional en su dimensión actividades instrumentales y riesgo de caídas en adultos mayores, de un Hospital del Seguro Social del Callao, 2021.

Ho: No existe relación significativa entre capacidad funcional en su dimensión actividades instrumentales y riesgo de caídas en adultos mayores, de un Hospital del Seguro Social del Callao, 2021.

II. MARCO TEÓRICO

Se revisaron antecedentes nacionales referente a las variables:

Meza G., realizó un estudio en Lima – Perú en el año 2016, titulado “Capacidad funcional para desarrollar actividades de la vida diaria, según edad y sexo en adultos mayores que acuden a un Centro de Atención al Adulto Mayor”. Fue una investigación de índole cuantitativa, nivel descriptivo, de orden transversal porque se dio en un tiempo determinado. La población del estudio fue 148 ancianos. Donde el 57% tenía una capacidad funcional de dependencia leve. Mientras que el 77%, se encuentra en un subgrupo de mediana dependencia; existiendo otro más dependiente que está alrededor del 92%. Se considera que a más edad se es más dependiente; entre las que sobresalen las mujeres que tienen 80 años a más, que llega con un 92.4% de dependencia.⁶

Abrego C. y Ruíz Z., realizaron una investigación en Lima – Perú en el año 2018, titulado “Capacidad funcional y riesgo de caídas en pacientes adultos mayores atendidos en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro”. El estudio fue cuantitativo de tipo correlacional. El estudio se aplicó a 100 personas de la tercera edad, se obtuvieron como resultados: dependencia ligera 63%, alto riesgo de caídas 50.7%, dependencia moderada en las actividades básicas 21%, ayuda física para trasladarse 50%, subir escalones 55% y deambular 53%. Concluyeron que existe relación entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas en personas añosas, siendo la movilidad el área más afectada.⁷

Seminario M., realizó un estudio en Chulucanas – Perú en el año 2018. Titulado: “Capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores del centro integral de atención al adulto mayor”. Investigación de tipo correlacional de corte transversal, con una población de 110 pacientes entre los que se contaban varones y damas con más de 60 años de vida. Se buscó determinar la relación entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas de estos adultos. Llegando a la conclusión que existe relación intrínseca entre

el riesgo de caídas y la capacidad funcional. Además, sugiere que tiene influencia el contexto donde habitan dichos pobladores.⁸

Pérez C., realizó una investigación en Huacho – Perú en el año 2020, titulado “Riesgo de caídas y capacidad funcional en adultos mayores del Centro poblado Primavera”. Hizo un estudio cuantitativo, correlacional, de tipo transversal. De diseño no experimental. La investigación se realizó con 50 pacientes longevos. Obtuvo como resultados que 56% tiene un mediano riesgo a caídas, independencia y leve dependencia sobre la capacidad funcional representado por 46%. Concluyeron que existe relación significativa entre las variables, encontrando un mediano riesgo de caídas y una leve dependencia hacia la capacidad funcional.⁹

Y como antecedentes internacionales revisamos los siguientes estudios:
Gallo M. y Morillo J. hicieron un estudio en Ecuador en el año 2016, sobre “Evaluación de riesgo de caídas en adultos mayores que reciben intervención con un programa multifactorial de prevención comparado con adultos mayores que reciben indicaciones en consulta médica”. Trabajo de corte experimental preventivo y propuesta de hipótesis de carácter predictivo. Contó con un número de 98 septuagenarios que a su vez que fueron agrupados al azar en dos grupos equidistantes de 49. A unos se les brindó consulta médica y los otros fueron incluidos en el programa de prevención de caídas. Para ambos grupos fue aplicado el test de Tinetti y el “Timed get up and go” donde ambos test, mostraron ser eficientes en la evaluación de disminución de riesgo de caídas en los ancianos. Se llegó a la conclusión que ambos test son eficientes, aunque mejores resultados se lograron con los pacientes del programa.¹⁰

Marques I., De Souza R., Boas D., De Fátima A., De Abreu M., realizaron una investigación en Brasil en el año 2018, sobre “Factores de riesgo para caídas en pacientes adultos hospitalizados”. La investigación fue de tipo cuantitativo que se realizó en nosocomios en el sur de dicho país. Para esta investigación se consideró a 358 pacientes de la tercera edad. Los

resultados obtenidos son: Desorientación/Confusión, limitación para caminar, ausencia de cuidadores, periodo post operatorio. Concluyeron que los riesgos de caídas se presentan por diferentes razones. A pesar de ello el conocimiento de estas ideas apoyan la toma de resoluciones clínicas y tienen un buen efecto en la integridad de los pacientes.¹¹

Según Riaño M., Moreno J., Echevarría L., Rangel L., Sánchez J., realizaron un estudio en Colombia en el año 2018, sobre: “Condición física funcional y riesgo de caídas en adultos mayores”. Fue una investigación de corte transversal, que se practicaron a 40 personas de la tercera edad. Se analizó que el riesgo de caídas es inversamente proporcional al peso, índice de masa corporal, a la resistencia muscular y directamente proporcional a la agilidad $p < 0,05$. Llegaron a la conclusión que, las personas evaluadas indican menos riesgo de caídas, por otro lado, sugieren medir tamaño, peso y la masa del cuerpo, promoviendo el entrenamiento de fuerza y potencia muscular, que mengua la incidencia de caídas.¹²

Las variables de estudio: capacidad funcional y riesgo de caídas, tienen sustento teórico basado en la teoría de déficit del autocuidado de Dorothea Orem, dónde habla sobre las necesidades de la persona que requiere para hacerlas, y no son realizadas en su totalidad, debido a que ésta tiene una limitación o falta de conocimiento.¹³

Nuestra teórica estadounidense, también nos muestra en su teoría una relación entrelazada entre la teoría del autocuidado, que refiere el cómo y por qué los individuos deben cuidarse; teoría del déficit del autocuidado, donde se expone y se relata la manera como los enfermeros pueden contribuir con el cuidado de los pacientes y, la teoría de los sistemas de enfermería, muestra y arguye los vínculos que se debe tener, los cuales brindan conocimientos prácticos en el cuidado personal de la salud y de la posible enfermedad.¹³

Cuando un individuo no puede realizar sus necesidades básicas por sí mismo, la enfermera ejerce y suple dichas actividades, hasta que pueda ser capaz de hacerlas por sí mismo.¹⁴

Una persona al envejecer es considerada como un ser de la tercera edad o adulto mayor, en esta etapa se deberán tener en cuenta el estilo de vida, alimentación, la actividad física, los riesgos a los que pudo o puede estar expuesto, la discapacidad o dicho sea hasta la muerte. También influye el nivel socio económico y el entorno familiar.¹⁴

Hay alrededor de 125 millones de longevos con más de 80 años. Para el año 2050 a nivel internacional habrá 434 millones de adultos mayores; y el 80% de ellos vivirán en ciudades con economías no tan buenas.¹⁵

La OMS define al envejecimiento como el resultado de los cambios a nivel fisiológico que se muestran deteriorados con el transcurrir del tiempo, afectando a la disminución de la capacidad física y mental e incrementando la posibilidad de aparecer algunas enfermedades propias de la edad o en el peor de los casos su deceso.¹⁵ El ambiente donde vive juega un rol importante para una vida saludable, durante la vida se debe mantener buenos hábitos, como una alimentación adecuada, la práctica de ejercicios y evitar los vicios; con todo ello minimizamos futuras enfermedades y maximizamos la capacidad funcional.¹⁵

Naranjo Hernández sostiene que cuando un individuo presenta déficit del autocuidado, el sistema de enfermería juega un rol importante ya que está conformado por los recursos humanos y materiales. El personal de enfermería proporciona una atención interrelacionada e interdependiente.¹⁶

El INEI nos deja saber en un informe que publicó en diciembre de 2020, donde manifiesta que los adultos mayores en la sociedad peruana se incrementaron de 5.7% en el año 1950 a 12.7% al 2020. También informa que existen un total de 24% de hogares dirigidos por adultos mayores, ancianos con patologías crónicas, resaltando las mujeres con un 78.3%. Un 40% cobra una pensión. Un 47.6% de mujeres de 70 años a más, presentan discapacidad.¹⁷

Por el contrario, encontramos que los antecedentes no están refiriendo ese punto de partida (porque nos ayudan a observar de manera diferente la realidad) y de llegada a la vez (pues, ayuda hacer el trabajo más confrontaciones, con ideas esgrimidas a lo largo del mismo) ya que se puede

dialogar con las diferentes posiciones que los autores mencionados presentan.

Por ello, se juzga conveniente partir de la definición de las variables que son el soporte medular de la investigación. En ellas buscando afianzar nuestros argumentos para poder determinar nuestro objetivo general, así como nuestra correspondencia reveladora existente entre la primera y segunda variable que presenta nuestra investigación planteada en nuestra hipótesis general.

Cuando se menciona la variable: **Capacidad Funcional**, encontramos que una entidad como la OMS -referente en salud- propone que son las destrezas de las personas que permiten establecer libremente sus movimientos corporales en sus rutinas cotidianas y el espacio donde viven.¹⁸

Mientras que, en Encyclopedia.com; se considera:

“Functional capacity refers to the capability of performing tasks and activities that people find necessary or desirable in their lives”.¹⁹

La capacidad funcional se refiere a la capacidad de realizar tareas y actividades que las personas consideran necesarias o deseables en sus vidas.

En ambas definiciones se puede encontrar que la capacidad funcional está en la independencia de las personas para realizar sus actividades diarias por sí solas. Lo que, se considera que en la etapa adulta disminuye en proporciones diferentes.

En esta misma línea, la teoría de Dorothea Orem sobre funcionalidad; Viosca describe [...] lo que las personas o como lo hacen, las actividades, tareas, habilidades o destrezas, que los individuos requieren adaptarse dentro de su entorno, en actividades de la vida diaria (AVD), cuidado personal, movilidad o comunicación entre ellas [...]²⁰

De la Fuente, Quevedo, Jiménez y Zavala definen a la funcionalidad como las capacidades que tienen las personas en efectuar actividades que realizan en su vida diaria (AVD). Asimismo, refieren que esta capacidad decrece paulatinamente en la medida que la persona envejece, evidenciándose la alteración de la funcionalidad a partir de los 65 años (5%), con mayor notoriedad y dependencia en mayores de 80 años (50%).^{13,14,18}

Mientras, que para Segovia y Torres consideran la capacidad funcional como destrezas físicas, intelectuales y la capacidad de relacionarse con los demás permitiendo el mejor desenvolvimiento de cada individuo tanto en sus actividades personales como sociales, asimismo, sugieren la consideración de patologías o comorbilidades al momento de tener en cuenta la evaluación de las capacidades funcionales en las personas adultas, para poder instaurar diagnósticos terapéuticos con mayor exactitud.²⁰

Sin embargo, para la Organización Panamericana de la Salud, afirma que la funcionalidad se refrenda en función de tres cualidades, a saber: Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) y por la marcha y el equilibrio (MyE). Estas tres características van a determinar el grado de funcionalidad del adulto.²¹

En cambio, Quijano y Peña soslayan la marcha y el equilibrio, agregando, lo que llaman Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD) que consisten en la colaboración con el medio (trabajo, actividades sociales, etc.). Pero, conceptualizan las ABVD, así como las AIVD. De las primeras nos dicen que son las labores principales que deben realizar las personas para conservar su autonomía (asearse, vestirse, alimentarse). Mientras que las segundas están enmarcadas a la interacción con el medio geográfico donde se desenvuelven mostrando su total independencia (cocinar, comprar, uso de tecnología).²²

De lo expuesto, podemos definir que la capacidad funcional son las facultades (habilidades y destrezas) que tienen los seres humanos para la toma de sus decisiones y la capacidad motriz de valerse de sí mismos, en el desarrollo de sus actividades cotidianas, sin la ayuda o apoyo de otro u otros. Que además con el transcurrir de los años estas potestades van menguando; acentuándose de forma peyorativa a partir de los 65 años hacia adelante. Eso no exonera raras excepciones que por supuesto son las que confirman la regla.

Es menester resaltar que las habilidades y destrezas de los septuagenarios está ligada con la circunstancia de cada individuo y el medio geográfico donde realiza sus actividades cotidianas de manera regular, segura e independiente. Sin embargo, esta independencia se ve socavada por los

problemas de la salud que se van presentando a través de los años, por el riesgo de caídas, la inadecuada forma alimenticia o por la degradación de la actividad física que se deja de lado en nuestra cultura urbanística.

En esta parte es recomendable tener en consideración el contraste del término capacidad con el de “discapacidad” que propone la Organización Mundial de la Salud al afirmar que: es un fenómeno complicado genérico que comprende las carencias y falta de actividades, así como las reservas de intervención en la participación de las acciones sociales como personales, tales como la actividad física y motriz.¹⁸

Justamente, esas privaciones son las que se reflejan, en los adultos mayores, en la estructura o función corporal que impiden realizar actividades o las tareas cotidianas de manera normal. Abarcan desde su aseo personal hasta la mayor dificultad de poder socializar con su entorno inmediato, menos con los que exigen los tiempos actuales que se dan en acciones remotas.

Si observamos detenidamente en esta arista de la investigación. La capacidad funcional está referida a la “**autonomía**” de los seres humanos. Donde son capaces de tomar sus decisiones y desenvolverse sin la dependencia parcial o total de la otra persona. Porque se cuenta con el adecuado funcionamiento de las áreas: motriz, intelectual y social; acorde con funciones y responsabilidades asumidas.

Como dimensiones de la capacidad funcional encontramos las siguientes:

Dimensión de actividades básicas, son aquellas que se enfocan en el cuidado y manteniendo de la salud del cuerpo, por lo que se realiza de forma diaria y automática, además, son esenciales para la supervivencia de todo ser humano y conforman parte de nuestra rutina diaria. Tal es el caso de la actividad de comer (actividad donde se ingieren alimentos que ayudan al cuidado de una buena salud) a la misma hora todos los días, el aseo que también tiene un horario y una forma de realizarlo, entre otros.^{23,24}

Dimensión de actividades instrumentales de la vida diaria, estas actividades refieren al desenvolvimiento del individuo para satisfacer sus necesidades como se da en el acto de elegir y preparar sus alimentos, adquirir los productos que necesita para el normal desarrollo de sus

quehaceres cotidianos, la misma acción de acicalarse, el uso de aparatos tecnológicos, así como, el manejo de las redes sociales para la interacción con el mundo exterior, el cuidado de su salud en su totalidad es lo que refleja esta segunda dimensión.^{22,23,24}

Dimensión de actividades avanzadas de la vida diaria, se da a través de la colaboración con el ambiente y/o espacio geográfico y logra conjugarse dentro de esa naturaleza que rodea la sociedad a través del trabajo y el manejo de los instrumentos de producción e inclusive en la forma en que se interactúa en los distintos espacios sociales. Esto se tiene en cuenta porque el medio geográfico influye directamente en el desarrollo de toda sociedad.^{22,23,24}

La descripción de las dimensiones de la capacidad funcional remite a la contextualización de nuestra investigación porque, justamente, todo lo descrito líneas arriba lleva a considerar que los adultos mayores necesitan para poder realizar ciertas actividades diarias. Verbigracia: ponerse en pie de un sillón o de un lecho que son aparentes actividades que no revisten peligro alguno. Sin embargo, en los septuagenarios pueden significar riesgos elevados.

Cuando describimos la primera dimensión afirmamos que son actividades de rutina como es el aseo personal. Esta limpieza se debería reflejar en el autocuidado (como bañarse, lavado de manos, de dientes, peinarse) de las personas mayores que ingresan al hospital, empero, está lejos de ser el deseado.

Porque es legítimamente recomendable para la prevención de las diferentes enfermedades infectocontagiosas, así como, componente esencial en las relaciones de convivencia social.²⁵

En la segunda dimensión se refiere que el individuo debe valerse por sí para satisfacer sus necesidades. Se encuentra, por ejemplo, el vestirse, a pesar de ser “aparentemente” una actividad sencilla para los adultos mayores suele convertirse en una práctica embarazosa. Más aún, si la ropa no es lo suficientemente holgada. Otra prueba, en esta línea, es el uso de retrete muchas veces se le hace imposible emplearlo adecuadamente; más bien se

convierte en un peligro de posibles caídas igualmente con las duchas, porque ambos elementos no han sido colocados con alturas adecuadas.

Dimensión de equilibrio y marcha, al referir esta dimensión se está considerando la marcha como la sucesión motriz rítmicos del tronco y las extremidades que establecen el deslizamiento para adelante. Este aspecto cinético tiene dos mecanismos determinantes el equilibrio y la locomoción que a la vez requieren la actuación coherente de los procedimientos y coordinación de ojos, cabeza y cuerpo. Manteniendo el campo visual estable y fundamental en la percepción de la realidad. Además, se conjuga el proceso de información a través del encéfalo, tronco, cerebro y los hemisferios que controlan el habla, el pensamiento, la lectura, las emociones, la redacción y el aprendizaje. Así mismo, la vía corticoespinal y la vía motora del mesencéfalo (eferencia motora) que constituye el programa motor junto con las decisiones de desplazamientos voluntarios.²⁶

En lo que respecta a dimensión de marcha y equilibrio, Judge refiere que la capacidad del anciano en lo que a desplazamiento se trata, se ve menguada que no pocas veces necesita del apoyo de alguien que lo asista. Por otro lado, afirma que sus funciones como la coordinación y perspectiva están más propensas a fallar y propiciar caídas con lesiones o accidentes de mayor envergadura.²⁷

Muchas veces se aligera el rumor de caídas de adultos mayores en los baños de los nosocomios por razones que van desde asientos sueltos en los inodoros hasta falta de jebes en los baños. Dentro de esta dimensión también se considera el control de sus esfínteres y la vejiga de las personas que se ve deterioradas por alguna enfermedad propia de la etapa del adulto mayor. En esta etapa aparece el factor de incontinencia producida por el descontrol de los intestinos y de la vejiga que ocasionan fugas accidentales de orina y heces. Perturbando la calidad de vida si es que no se trata o se controla.²⁸

Nuestra segunda variable busca describir el **riesgo de caídas** en los individuos adultos. La OMS define que las caídas son el incremento para tener como origen un deterioro físico, que reside en su alto riesgo de

morbilidad y en su papel como indicador para revelar daños y enfermedades.²⁹

Entiéndase riesgo desde la definición que propone la RAE, contingencia o proximidad de un daño.³⁰ También se considera una segunda acepción, pero ésta desde la población de riesgo como es el caso en medicina. Aquí se afirma a la reunión de sujetos que, por sus particularidades genéricas, intelectuales o de interrelación están expuestas a contraer alguna dolencia determinada. De las propuestas antes mencionadas el riesgo se trata de la vulnerabilidad que tiene la persona (en este caso el adulto mayor) de sufrir una dolencia mayor a causa de inestabilidad motora o por padecimiento de una enfermedad determinada propia de los años o de la acción genética.

Sin embargo, es la Organización Mundial de la Salud que nos da una definición en lo que respecta al riesgo de caídas, cuando afirma que:

Falls are prominent among the external causes of unintentional injury. [...]. Falls are commonly defined as “inadvertently coming to rest on the ground, floor or the lower level, excluding intentional change in position to rest in furniture, wall or other objects” [...].³¹

Las caídas son prominentes entre las causas externas de lesiones no intencionales. [...]. Las caídas se definen comúnmente como “caer inadvertidamente en el suelo, piso u otro nivel inferior, excluyendo el cambio intencional de posición para descansar en muebles, paredes u otros objetos”.

Además, continúa reforzando la idea que estamos tratando cuando, trata de que las caídas se dan con mayor frecuencia en los adultos mayores:

Falls and consequent injuries are major health problems that often require medical attention. Falls lead to 20 – 30% of mild to severe injuries and are underlying cause of 10 – 15% of all emergency department visits. More than 50% of injury related hospitalization among people over 65 years and older. The major underlying causes for fall – related hospital admission are hip fracture, traumatic brain, injuries and upper limb injuries.³¹

Las caídas y las consecuentes lesiones son un importante problema de salud pública que a menudo requieren de atención médica. Las caídas conducen del 20 – 30% de lesiones leves a graves y son causas subyacentes del 10 –

15% de todas las visitas al servicio de urgencias. Más del 50% de las hospitalizaciones relacionadas con lesiones entre las personas mayores de 65 años a más. El mayor porcentaje de casos, que se dan en los hospitales, relacionados con caídas son por fracturas de cadera, traumatismo cerebral y lesiones de miembros superiores.

Varela Silva en su tesis del año 2018 sostiene que las caídas en los adultos son un gran problema de salud pública a nivel mundial, que conlleva en algunos casos a la atención hospitalaria, donde puede dejar imposibilitado a la persona hasta restablecer la función total o parcial del miembro u órgano afectado, o en el peor de los casos, el deceso de la vida.³²

En la población adulto mayor, al referirnos al termino riesgo de caídas estamos hablando de posibles accidentes que son muy graves por los cambios a nivel fisiológico que se ven deteriorados o por alguna patología propias de la edad, siendo vulnerables a sufrir estas ocurrencias accidentales. Dichas caídas pueden suceder en cualquier momento y lugar, porque el ser humano cuando envejece necesita la supervisión de un familiar o tutor para evitar que estos acontecimientos no ocurran, ya que tienen un cierto grado de dependencia.

Romano E, Rodríguez G, Hernández E, hicieron un estudio en España basado en la “Incidencia y características de las caídas en un Hospital de cuidados intermedios de Barcelona” obteniendo como resultados que las personas del sexo femenino de 75 años a más presentan un alto riesgo de caídas, sobre todo en adultos mayores con enfermedades cardiovasculares. Otros se cayeron porque presentaban bipedestación, desorientación, estaban sin familiares, algunos tomaban fármacos de riesgo.³³

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo de diseño de investigación

Tipo: Nivel básico, el cual tiene por finalidad adquirir conocimientos sólidos a base de información aplicada, con lo que se puede plantear un nuevo estudio.³⁴

Diseño: No experimental, debido a que no se alteró casualmente la variable de estudio

Nivel: Correlacional, porque se medirá la relación de nuestras dos variables.

Enfoque: Cuantitativo, ya que la información obtenida, se evidencia en la cuantificación de los datos y es presentada a través de cuadros estadísticos.

Corte: Transversal, porque se obtuvo la información de las variables de estudio de una población en un tiempo determinado

3.2. Variables y operacionalización

V.1: Capacidad funcional

Definición conceptual

Según la Organización Mundial de la Salud, define como capacidad funcional a las destrezas de las personas que permiten establecer libremente sus movimientos corporales en sus rutinas cotidianas y el espacio donde viven.¹⁸

Definición operacional

Serie de procedimientos enfocados a la capacidad funcional en los adultos mayores desarrollándose a través de los siguientes aspectos, actividades básicas e instrumentales, y tendrán una medición en estos niveles:

Ausencia de incapacidad (0)

Incapacidad moderada (1)

Incapacidad severa (2)

V.2: Riesgo de caídas

La Organización Mundial de la salud define que es el incremento para tener como origen un deterioro físico, que reside en su alto riesgo de morbilidad y en su papel como indicador para revelar daños y enfermedades.²⁹

Definición operacional

Serie de procedimientos enfocados al riesgo de caídas en los adultos mayores desarrollándose a través de los siguientes

aspectos, equilibrio y marcha, los cuales tendrán una medición en estos niveles:

Riesgo alto de caídas	(0 – 18)
Riesgo de caídas	(19 – 24)
No riesgo de caídas	(25 – 28)

3.3. Población, muestra y muestreo

La población es la totalidad de las cosas o personas, a quienes se les realiza un estudio y, la muestra es a quienes se le aplica el estudio.³⁵ La fuente de recojo de la información son los adultos mayores que presentaron la capacidad funcional menguada y que sufrieron caídas por causa de sus facultades disminuidas.

Población: La población que se consideró en este estudio estuvo constituido por 25 adultos mayores, que fueron la cantidad total que se encontraron hospitalizados en un Hospital del Seguro Social del Callao.

N=25

Muestra: Se trabajó con el 100% de la población de estudio, a lo que llamamos una población muestral. Sin embargo, es necesario considerar que nuestra muestra tiene edades que varían, y porcentajes de mujeres y hombres, siendo un total de:

n=25

Muestreo: Nuestro estudio presentó un muestreo no probabilístico, por conveniencia.

Varianza: Es la referencia del cuadrado de dos valores de las identificaciones medidas alrededor de la media.³⁶ Así se puede afirmar la desviación estándar elevada al cuadrado que nos va a mostrar la varianza, porque está en relación con la muestra o el conjunto de valores que concedemos en la investigación para tratar la suma de las desviaciones al cuadrado en relación con la mitad o media, respecto a la población en estudio. No obstante, la muestra

conserva todos los datos anteriores fraccionado entre el total de informaciones menos 1.

Cabe recordar que el estudio de varianzas busca estudiar las discrepancias significativas entre dos o más elementos de prototipo o muestra.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica

La encuesta es por excelencia que ayuda a recoger y consolidar la parte operativa de esta investigación porque nos permite estudiar detenidamente de manera objetiva, dejando de lado la subjetividad. Además, que el recojo de la información se puede obtener de un número considerable de individuos que pueden ser encuestados.

Instrumento

Se utilizó el cuestionario, que es el medio por el cual se obtuvo la información de la primera variable capacidad funcional, el cual consta de dos dimensiones actividades básicas (Índice de Katz) y, actividades instrumentales (Escala de Lawton y Brody), con 14 indicadores y de 43 ítems, asimismo estuvo estructurado con preguntas de tipo escala de Likert. Y la segunda variable riesgo de caídas, consta de dos dimensiones marcha y equilibrio (Escala de Tinetti) con 16 indicadores y 48 ítems, se midió mediante una ficha de cotejo. Asimismo, fue evaluado por el coeficiente de alfa de Cronbach.

Índice de Katz: En 1958 un equipo multidisciplinario de salud junto a Richard S. Katz creó este instrumento, el cual fue publicado después de un año, titulándolo “Índice de independencia en actividades de la vida diaria. En 1963 le dan el nombre de Índice de Katz. Presenta coeficientes de correlación (> 0.70) y test – retest (> 0.90) altos, siendo mayor en los pacientes menos deteriorados. Consta de 6 indicadores y 12 ítems, que fueron medidos en la escala de Likert (Nunca, a veces

y siempre) a través de estos niveles: Ausencia de incapacidad (0 – 1); Incapacidad moderada (2– 3); Incapacidad severa (4 – 6).³⁷

Escala de Lawton y Brody: herramienta que fue usada en el año 1969 en el Centro Geriátrico de Filadelfia, para medir la independencia o autosuficiencia física y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) en la población geriátrica estén o no internados. En 1993, Olazarán lo tradujo al español. Esta escala es usada internacionalmente, sobre todo en unidades geriátricas. Su coeficiente de reproductividad presenta un inter e intra-observador alto (0,94). Para aplicar este instrumento se necesita aproximadamente 4 minutos. Consta de 8 indicadores y 31 ítems, que fueron medidos en la escala de Likert (Nunca, a veces y siempre) a través de estos niveles: Ausencia de incapacidad (0 – 1); Incapacidad moderada (2– 3); Incapacidad severa (4 – 6).³⁷

Escala de Tinetti: En 1986 la Dra. Mary Tinetti, realizó este instrumento en la Universidad de Yale. Al inicio fue creada para medir la discapacidad en personas de la tercera edad, pero años después fue cambiada y adecuada para todos los adultos mayores, para que la movilidad sea evaluada y evitar el riesgo de caídas. Este instrumento es válido y confiable para valorar la movilidad (r 0.74 – 0.93), también presenta alta fiabilidad inter-observador (0.95). Consta de dos dimensiones: el equilibrio evalúa 9 indicadores y 26 ítems; y la marcha evalúa 7 indicadores y 22 ítems; los cuales fueron medidos con una ficha de cotejo. Cada ítem tiene asignado un valor numérico para su representación según la persona:

“0”: La estabilidad motora no se logra o por lo menos tampoco se da en los cambios de posicionamiento, además, que existe inadecuado patrón de marcha (considerado inapropiado o anormal).

“1”: Alcanza los movimientos de cambios de postura sin mayor dificultad, aun cuando está en marcha, además, que son realizados

por voluntad propia con normalidad. (se considera como adaptable o aceptable).

“2”: No tiene problemas para realizar o ejecutar movimientos o cambios de postura o las tareas de la escala presentada. (considerado un aspecto normal).

El equilibrio debe tener un puntaje máximo de 16 y la marcha de 12, según la suma de ambas dimensiones se interpretará en estos niveles: Riesgo alto de caídas (0 – 18); Riesgo de caídas (19 – 24); No riesgo de caídas (25 – 28).^{38,39}

Criterios de Inclusión:

Adultos mayores de 65 años a más, de ambos sexos, que participaron en nuestra investigación de manera voluntaria, aceptando las condiciones del consentimiento informado.

Criterios de Exclusión:

Adultos mayores que no desearon participar en nuestra investigación y aquellos que tenían alteraciones a nivel cognitivo o de funcionalidad.

3.5. Procedimientos

Se realizó el trámite administrativo correspondiente mediante una carta de presentación dirigido al director de un Hospital del Seguro Social del Callao, para obtener el permiso y ejecutar nuestro estudio. Luego de haber obtenido el permiso del Gerente del Hospital en mención, se conversó con la jefatura de servicio y se coordinó con la jefa de servicio de medicina del área no Covid, para realizar el trabajo de investigación, luego se conversó con los pacientes donde se explicó los objetivos del estudio, además de ello se concientizó de la importancia de nuestro trabajo. Con lo cual se obtuvo su consentimiento informado.

Entrevistamos a los pacientes adultos mayores que se encontraron hospitalizados y aplicamos los instrumentos a los 25 pacientes durante el mes de febrero, para no tener problemas en la aplicación se les evaluó a media mañana donde había disponibilidad, el tiempo promedio de duración para la aplicación de los instrumentos fue 10 minutos. Luego se observó y revisó las respuestas para su posterior codificación según el valor de las respuestas.

3.6. Método de análisis de datos

Luego de la recolección de datos se ordenó la información en la base de datos, tanto en la variable como en sus dimensiones, dicha base de datos fue procesada por el programa estadístico social SPSS 25.0 el cual hizo el cruce correspondiente para poder expresarlos en frecuencias y porcentajes.

Después de obtener los resultados de las tablas descriptivas y gráficos correspondientes, se procedió al diseño de los gráficos en los programas Excel y Word para su representación en la tesis. Por lo que solo se usó la estadística descriptiva y analítica. Esto permitió la presentación de los resultados, así como sus conclusiones para poder presentar el informe necesario que respalde las recomendaciones vertidas en la investigación, además de la teórica preexistente en un contexto real y actual.

3.7. Aspectos éticos⁴⁰

Principio de Autonomía: Se respetó el principio de autonomía mediante el consentimiento informado que se hizo en la encuesta a cada paciente que formó parte de la investigación, puesto que, según este principio no se puede obligar o manipular la decisión de los individuos para la participación en una investigación científica y social que solo busca su beneficio.

Principio de beneficencia: De acuerdo con este principio no se busca perjudicar a los pacientes ni mucho menos al servicio en donde

se desarrolló el estudio, debido a que toda investigación social solo busca favorecer en la disminución de las problemáticas que afectan a la población.

Principio de no maleficencia: Al hacer una entrevista al investigado no se hizo ninguna manipulación, no se perjudicó, solo se obtuvieron datos reales, más no hubo perjuicios con la obtención de ellos. Por lo que esta investigación presenta resultados en un contexto general y no específico.

Principio de justicia:

Los pacientes del servicio de medicina fueron encuestados y participaron equitativamente sin ninguna distinción en nuestro estudio.

IV. RESULTADOS

Presentación, análisis e interpretación de datos.

Análisis descriptivo de las variables y dimensiones.

Tabla 1. Datos demográficos según el sexo.

Edad	f	%
Femenino	14	56,00
Masculino	11	44,00
Total	25	100,00

Fuente: Recopilación de datos demográficos según sexo en la encuesta.

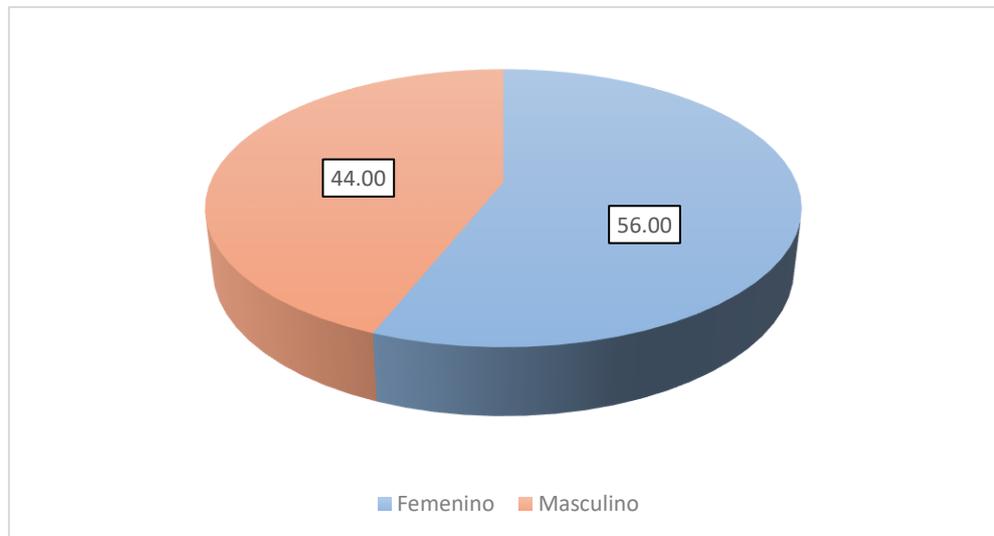


Gráfico 1: Datos demográficos según el sexo.

Análisis e Interpretación: Los datos demográficos según el sexo de las personas encuestadas muestran que, el 56.00% (14/25) son femenino y el 44.00% (11/25) son masculino.

Tabla 2. Datos demográficos según la edad.

Edad	f	%
65 a 68 años	11	44,00
69 a 72 años	6	24,00
73 a 76 años	5	20,00
77 a más años	3	12,00
Total	25	100,00

Fuente: Recopilación de datos demográficos según edad en la encuesta.

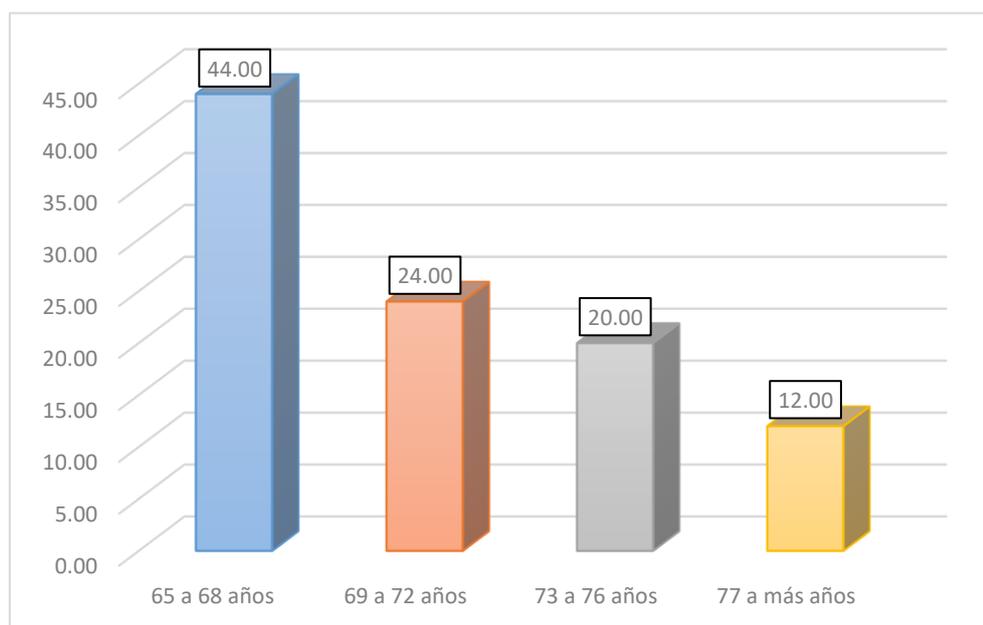


Gráfico 2: Datos demográficos según la edad.

Análisis e Interpretación: Los datos demográficos según la edad muestra que, el 44.00% (11/25) de las personas encuestadas tienen de 65 a 68 años, el 24.00% (6/25) tienen de 69 a 72 años, el 20.00% (5/25) tienen de 73 a 76 años y el 12.00% (3/25) tienen de 77 a más años.

Tabla 3. Datos demográficos según el grado de instrucción.

Grado de instrucción	f	%
Superior	4	16,00
Secundaria	15	60,00
Primaria	5	20,00
Sin educación	1	4,00
Total	25	100,00

Fuente: Recopilación de datos demográficos según el grado de instrucción en la encuesta.

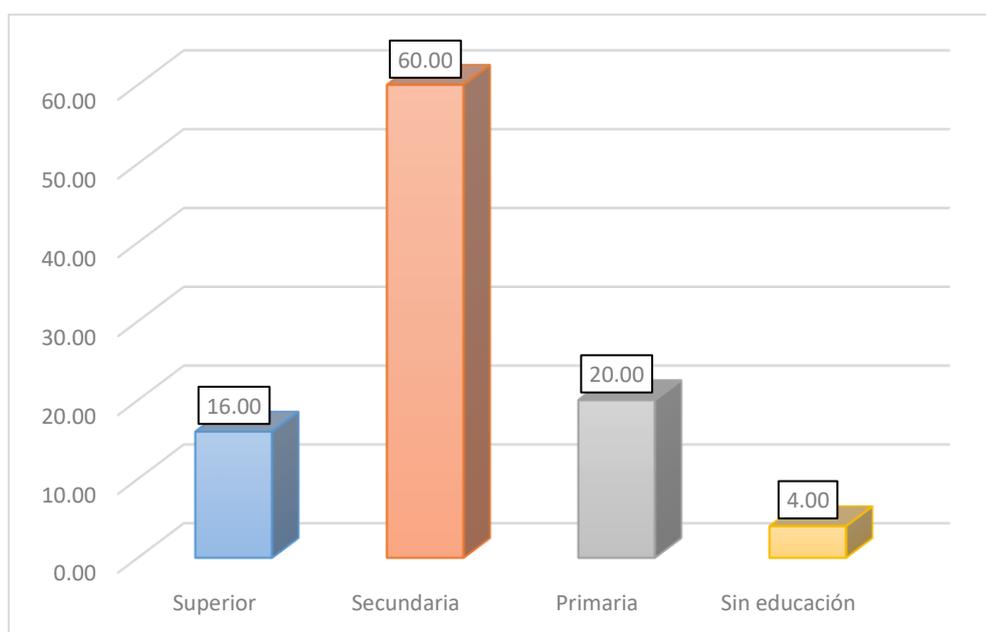


Gráfico 3: Datos demográficos según el grado de instrucción.

Análisis e Interpretación: Los datos demográficos según el grado de instrucción muestran que, el 60.00% (15/25) de las personas encuestadas tienen el grado de instrucción de secundaria, el 20.00% (5/25) tienen primaria, el 16.00% (4/25) tienen grado superior y el 4.00% (1/25) no tienen educación.

Tabla 4. Datos según la variable capacidad funcional.

Niveles	f	%
Ausencia de incapacidad o incapacidad leve	7	28.00
Incapacidad moderada	13	52.00
Incapacidad severa	5	20.00
Total	25	100.00

Fuente: Encuesta de Índice de Katz y Escala de Lawton y Brody.

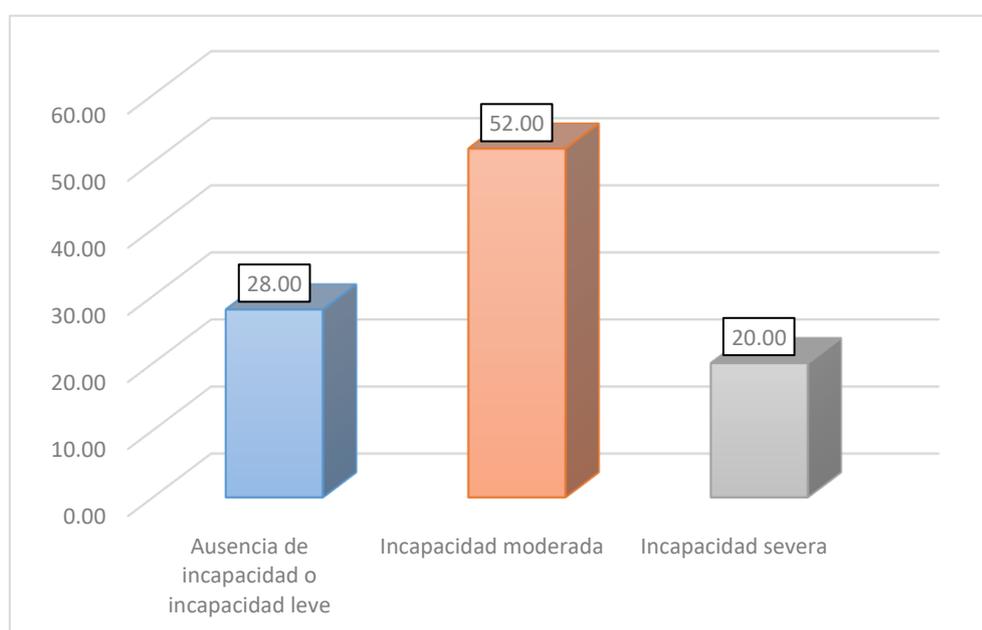


Gráfico 4: Datos según la variable capacidad funcional.

Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos el 52.00% (13/25) de las personas encuestadas presentan incapacidad moderada con respecto a la variable capacidad funcional, el 28.00% (7/25) presentan ausencia de incapacidad o incapacidad leve y el 20.00% (5/25) incapacidad severa.

Tabla 5. Datos según las dimensiones actividades básicas e instrumentales.

Niveles	Actividades básicas		Actividades instrumentales	
	f	%	f	%
Ausencia de incapacidad o incapacidad leve	8	32.00	6	24.00
Incapacidad moderada	10	40.00	16	64.00
Incapacidad severa	7	28.00	3	12.00
Total	25	100.00	25	100.00

Fuente: Encuesta de Índice de Katz y Escala de Lawton y Brody.

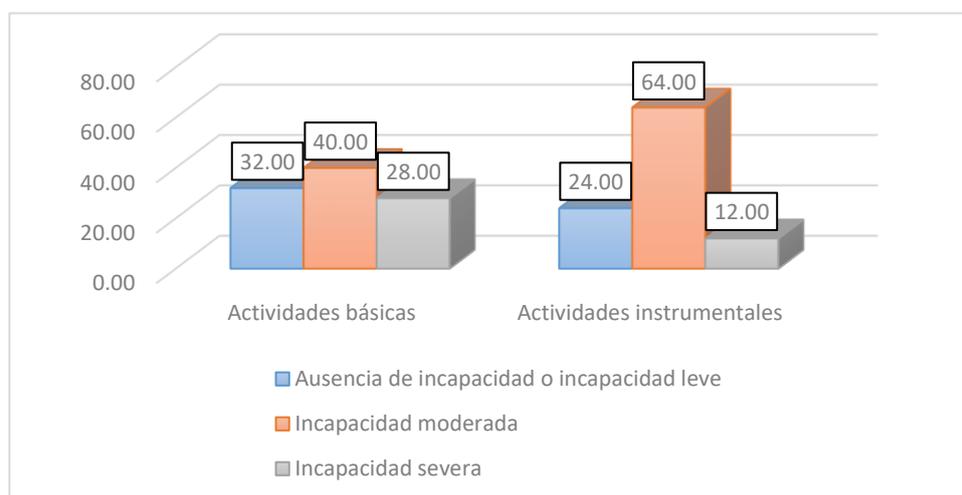


Gráfico 5: Datos según las dimensiones actividades básicas e instrumentales.

Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos, en la dimensión actividades básicas el 40.00% (10/25) de las personas encuestadas presentan incapacidad moderada, el 32.00% (8/25) presentan ausencia de incapacidad o incapacidad leve y el 28.00% (7/25) incapacidad severa; asimismo en la dimensión actividades instrumentales, el 64.00% (16/25) de las personas encuestadas presentan incapacidad moderada, el 24.00% (6/25) presentan ausencia de incapacidad o incapacidad leve y el 12.00% (3/25) incapacidad severa.

Tabla 6. Datos según la variable riesgo de caídas.

Niveles	f	%
Riesgo alto de caídas	8	32.00
Riesgo de caídas	13	52.00
No riesgo de caídas	4	16.00
Total	25	100.00

Fuente: Encuesta de Escala de Tinetti.

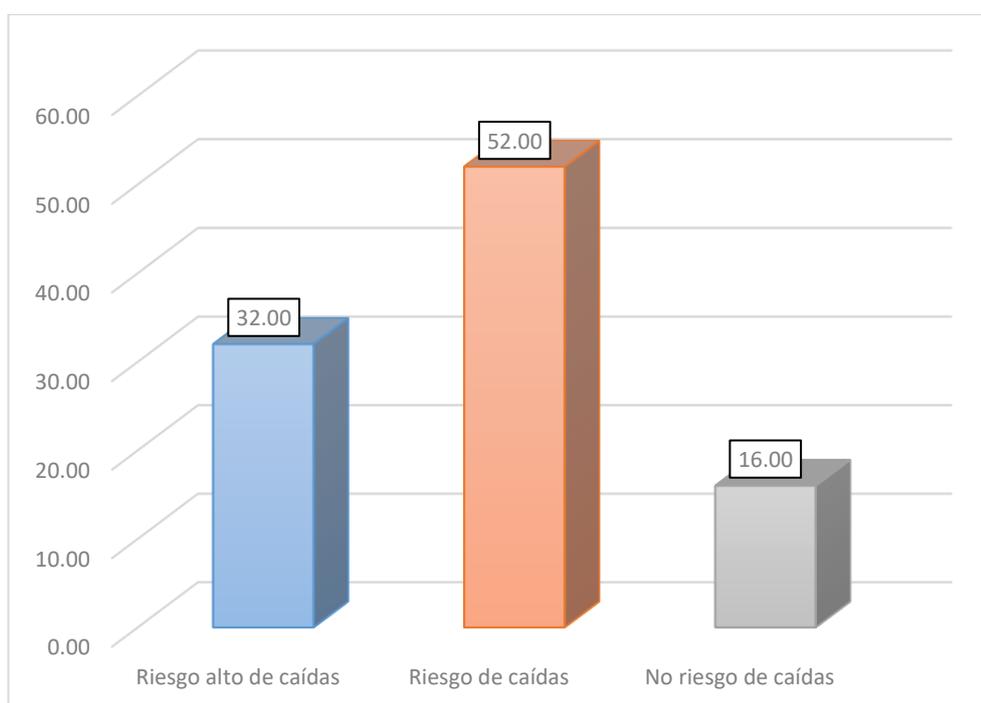


Gráfico 6: Datos según la variable riesgo de caídas.

Análisis e Interpretación: Según la variable riesgo de caídas en los datos obtenidos, el 52.00% (13/25) de las personas encuestadas presentan riesgo de caídas, el 32.00% (8/25) presentan riesgo alto de caídas y el 16.00% (4/25) no presentan riesgo de caídas.

Tabla 7. Datos según las dimensiones equilibrio y marcha.

Niveles	Equilibrio		Marcha	
	f	%	f	%
Riesgo alto de caídas	8	32.00	9	36.00
Riesgo de caídas	12	48.00	13	52.00
No riesgo de caídas	5	20.00	3	12.00
Total	25	100.00	25	100.00

Fuente: Encuesta de Escala de Tinetti.

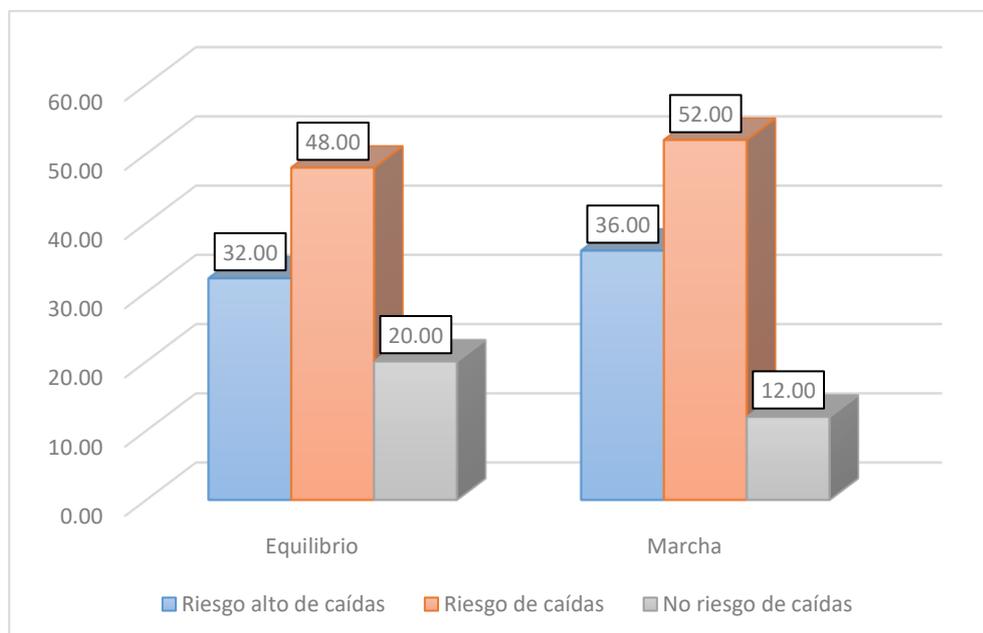


Gráfico 7. Datos según las dimensiones equilibrio y marcha.

Análisis e Interpretación: Según los datos obtenidos, en la dimensión equilibrio el 48.00% (12/25) de las personas encuestadas presentan riesgo de caídas, el 32.00% (8/25) presentan riesgo alto de caídas y el 20.00% (5/25) no presentan riesgo de caídas; asimismo en la dimensión marcha, el 52.00% (13/25) de las personas encuestadas presentan riesgo de caídas, el 36.00% (9/25) presentan riesgo alto de caídas y el 12.00% (3/25) no presentan riesgo de caídas.

Tabla 8. Sexo según riesgo de caídas.

Sexo	Riesgo de caídas						Total	%
	No riesgo	%	Riesgo	%	Riesgo alto	%		
Femenino	8	32,00	3	12,00	3	12,00	14	56,00
Masculino	6	24,00	3	12,00	2	8,00	11	44,00
Total	14	56,00	6	24,00	5	20,00	25	100,00

Fuente: Encuesta de datos demográficos en la Escala de Tinetti.

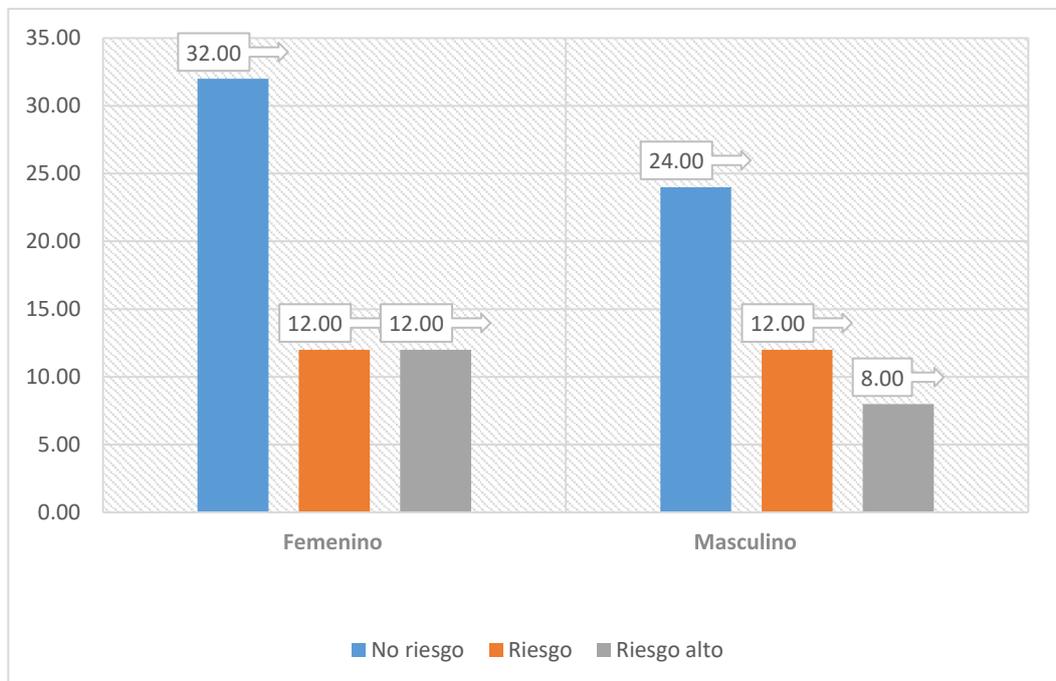


Gráfico 8. Sexo según riesgo de caídas.

Análisis e Interpretación: Al correlacionar el sexo con el riesgo de caídas, se encontró que, del grupo femenino, el 32.00% (8/14) no presentan riesgo de caídas, el 12.00% (3/14) presentan riesgo de caídas y el 12.00% (3/14) presentan riesgo alto. En el grupo masculino, el 24.00% (6/11) no presentan riesgo de caídas, el 12.00% (3/11) presentan riesgo de caídas y el 8.00% (2/11) presentan riesgo alto.

Tabla 9. Edad según riesgo de caídas.

Edad	Riesgo de caídas							
	No riesgo	%	Riesgo	%	Riesgo alto	%	Total	%
65-68 años	5	20,00	3	12,00	2	8,00	10	40,00
69-72 años	2	8,00	3	12,00	1	4,00	6	24,00
73-76 años	2	8,00	2	8,00	2	8,00	6	24,00
77 a más años	0	0,00	1	4,00	2	8,00	3	12,00
Total	9	36,00	9	36,00	7	28,00	25	100,00

Fuente: Encuesta de datos demográficos en la Escala de Tinetti.

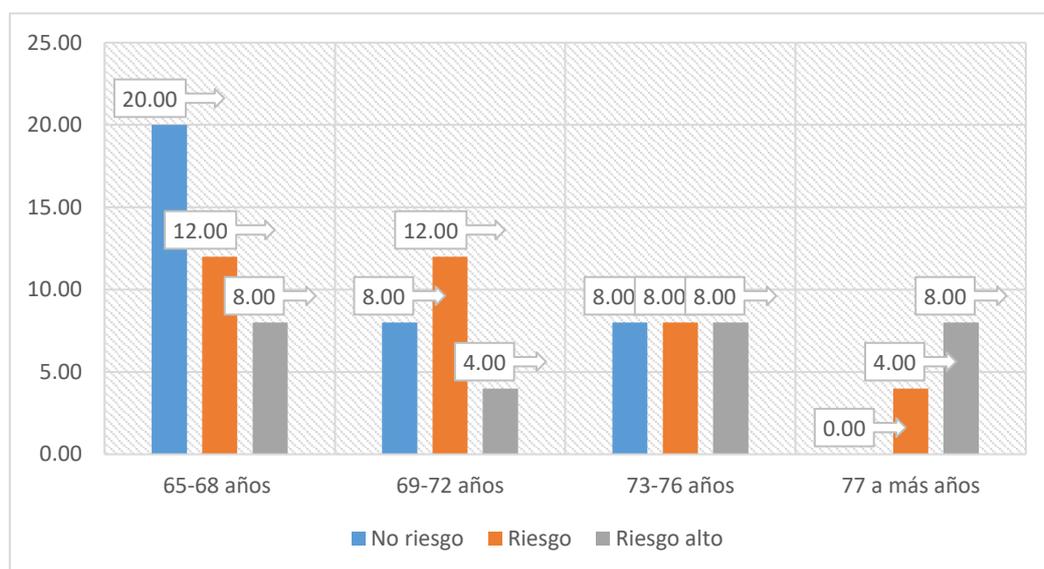


Gráfico 9. Edad según riesgo de caídas.

Análisis e Interpretación: Al correlacionar la edad con el riesgo de caídas, se encontró que, del grupo de 65 a 68 años, el 20.00% (5/10) no presentan riesgo de caídas, el 12.00% (3/10) presentan riesgo y el 8.00% (2/10) presentan riesgo alto. En el grupo de 69 a 72 años, el 8.00% (2/6) no presentan riesgo de caídas, el 12.00% (3/6) presentan riesgo de caídas y el 4.00% (1/6) presentan riesgo alto. En el grupo de 73 a 76 años, el 8.00% (2/6) no presentan riesgo de caídas, el 8.00% (2/6) presentan riesgo de caídas y el 8.00% (2/6) presentan riesgo alto; por último, En el grupo de 77 a más años, el 4.00% (1/3) presentan riesgo de caídas y el 8.00% (2/3) presentan riesgo alto.

Tabla 10. Capacidad funcional según riesgo de caídas.

Capacidad funcional	No riesgo		Riesgo		Riesgo de caídas Riesgo alto		Total	%
	No riesgo	%	Riesgo	%	Riesgo alto	%		
Ausencia de incapacidad	7	28.00	1	4.00	0	0.00	8	32.00
Incapacidad moderada	1	4.00	12	48.00	1	4.00	14	56.00
Incapacidad severa	0	0.00	0	0.00	3	12.00	3	12.00
Total	8	32.00	13	52.00	4	16.00	25	100.00

Fuente: Encuesta de Índice de Katz y Escala de Lawton y Brody.

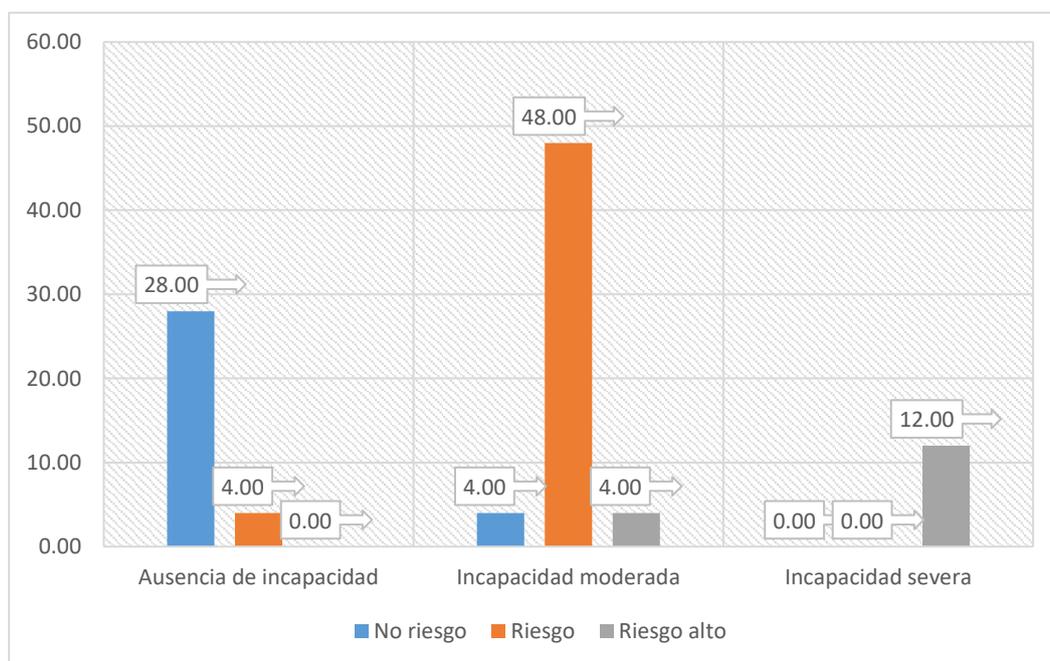


Gráfico 10. Capacidad funcional según riesgo de caídas.

Análisis e Interpretación: Al correlacionar la capacidad funcional según riesgos de caídas, se encontró que del grupo que presenta ausencia de incapacidad, el 28.00% (7/8) no presentan riesgo de caídas y el 4.00% (1/8) presentan riesgo de caída. En el grupo que presentó incapacidad moderada, el 48.00% (12/14) presentan riesgo de caídas, el 4.00% (1/14) no presentan riesgo de caídas, y el 4.00% (1/14) presentan riesgo alto; por último, en el grupo que presentan incapacidad severa, el 12.00% (3/3) presentan riesgo alto.

Tabla 11. Capacidad funcional en su dimensión actividades básicas según riesgo de caídas.

Actividades básicas	No riesgo		Riesgo de caídas				Total	
	No riesgo	%	Riesgo	%	Riesgo alto	%	Total	%
Ausencia de incapacidad	6	24.00	1	4.00	0	0.00	7	28.00
Incapacidad moderada	1	4.00	11	44.00	1	4.00	13	52.00
Incapacidad severa	0	0.00	1	4.00	4	16.00	5	20.00
Total	7	28.00	13	52.00	5	20.00	25	100.00

Fuente: Encuesta de Índice de Katz según la Escala de Tinetti.

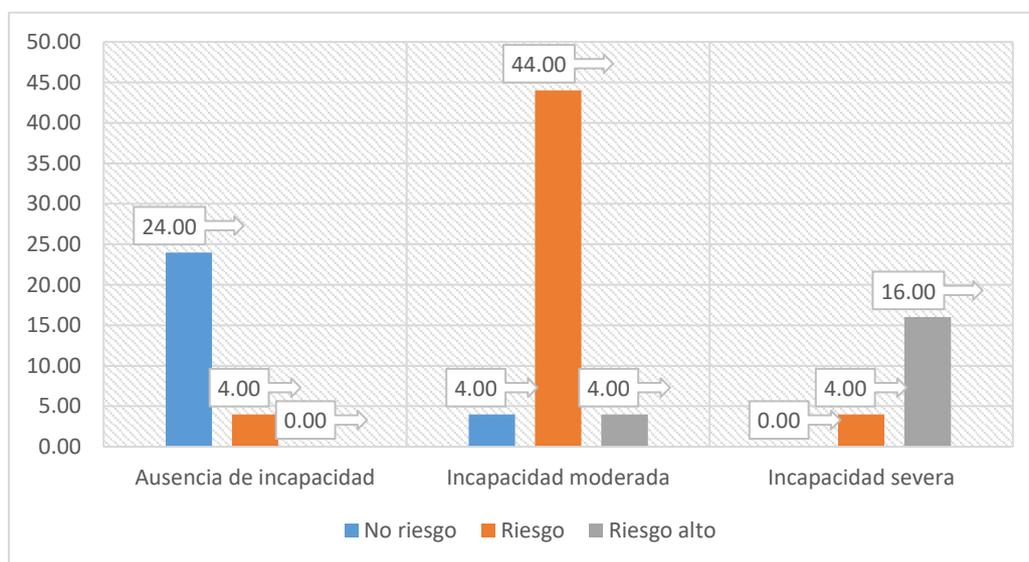


Gráfico 11. Capacidad funcional en su dimensión actividades básicas según riesgo de caídas.

Análisis e Interpretación: Al correlacionar la capacidad funcional en su dimensión actividades básicas según riesgo de caídas, se encontró que del grupo que presentan ausencia de incapacidad, el 24.00% (6/7) no presentan riesgo de caídas y el 4.00% (1/7) presentan riesgo de caídas. En el grupo que presentó incapacidad moderada, el 44.00% (11/13) presentan riesgo de caídas, el 4.00% (1/13) no presentan riesgo de caídas, y el 4.00% (1/13) presentan riesgo alto de caídas; por último, en el grupo que presentan incapacidad severa, el 16.00% (4/5) presentan riesgo alto de caídas y el 4.00% (1/5) presentan riesgo de caídas.

Tabla 12. Capacidad funcional en su dimensión actividades instrumentales según riesgo de caídas.

Actividades instrumentales	No riesgo		Riesgo de caídas				Total	%
	No riesgo	%	Riesgo	%	Riesgo alto	%		
Ausencia de incapacidad	8	32.00	1	4.00	0	0.00	9	36.00
Incapacidad moderada	1	4.00	10	40.00	1	4.00	12	48.00
Incapacidad severa	0	0.00	1	4.00	3	12.00	4	16.00
Total	9	36.00	12	48.00	4	16.00	25	100.00

Fuente: Encuesta de Escala de Lawton y Brody según la Escala de Tinetti.

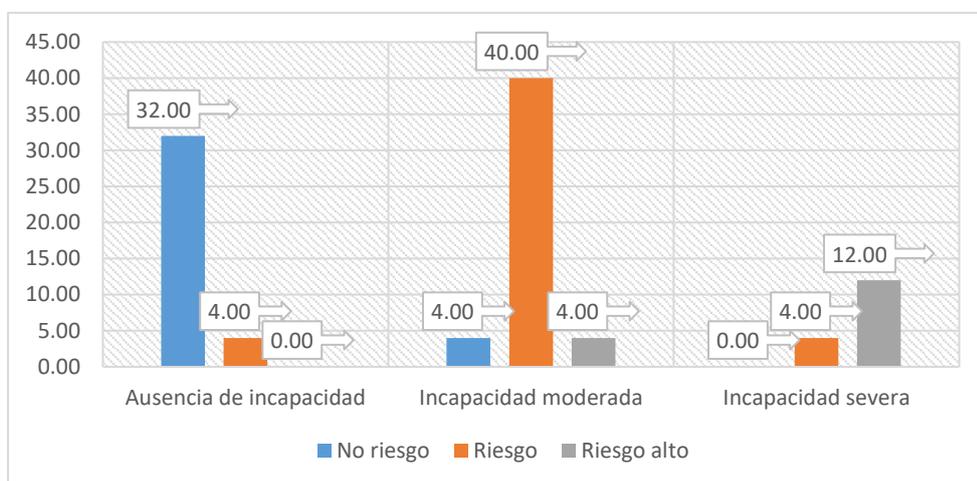


Gráfico 12. Capacidad funcional en su dimensión actividades instrumentales según riesgo de caídas.

Análisis e Interpretación: Al correlacionar la capacidad funcional en su dimensión actividades instrumentales según riesgo de caídas, se encontró que del grupo que presentan ausencia de incapacidad, el 32.00% (8/9) no presentan riesgo de caídas y el 4.00% (1/9) presentan riesgo de caídas. En el grupo que presentó incapacidad moderada, el 40.00% (10/12) presentan riesgo de caídas, el 4.00% (1/12) no presentan riesgo de caídas y el 4.00% (1/12) presentan riesgo alto de caídas. Por último, en el grupo que presentan incapacidad severa, el 12.00% (3/4) presentan riesgo alto de caídas y el 4.00% (1/4) presentan riesgo de caídas.

RESULTADOS INFERENCIALES

HIPÓTESIS PRINCIPAL

Ha: Existe relación significativa entre capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores, de un Hospital del Seguro Social del Callao, 2021.

H0: No existe relación significativa entre capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores, de un Hospital del Seguro Social del Callao, 2021.

Tabla 13. Prueba de correlación según Spearman entre la capacidad funcional y riesgo de caídas.

		Capacidad funcional	Riesgo de caídas
Rho de Spearman	Capacidad funcional	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,685**
	Riesgo de caídas	N	25
		Coeficiente de correlación	,685**
		Sig. (bilateral)	1,000
		N	25

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

Interpretación:

Como se muestra en la tabla 13 la variable capacidad funcional está relacionada directa y positivamente con la variable riesgo de caídas según la correlación de Spearman de 0.685 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula.

HIPÓTESIS ESPECÍFICA 1

Ha: Existe relación significativa entre capacidad funcional en su dimensión actividades básicas y riesgo de caídas en adultos mayores, de un Hospital del Seguro Social del Callao, 2021.

H0: No existe relación significativa entre capacidad funcional en su dimensión actividades básicas y riesgo de caídas en adultos mayores, de un Hospital del Seguro Social del Callao, 2021.

Tabla 14. Prueba de correlación según Spearman entre las actividades básicas y riesgo de caídas.

		Actividades básicas	Riesgo de caídas
Rho de Spearman	Actividades básicas	Coeficiente de correlación	,674**
		Sig. (bilateral)	,001
		N	25
	Riesgo de caídas	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	.
		N	25

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

Interpretación:

Como se muestra en la tabla 14 la dimensión actividades básicas está relacionada directa y positivamente con la variable riesgo de caídas, según la correlación de Spearman de 0.674 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna específica 1 y se rechaza la hipótesis nula.

HIPÓTESIS ESPECÍFICA 2

Ha: Existe relación significativa entre capacidad funcional en su dimensión actividades instrumentales y riesgo de caídas en adultos mayores, de un Hospital del Seguro Social del Callao, 2021.

H0: No existe relación significativa entre capacidad funcional en su dimensión actividades instrumentales y riesgo de caídas en adultos mayores, de un Hospital del Seguro Social del Callao, 2021.

Tabla 15. Prueba de correlación según Spearman entre las actividades instrumentales y riesgo de caídas.

		Actividades instrumentales	Riesgo de caídas
Rho de Spearman	Actividades instrumentales	Coeficiente de correlación	,695**
		Sig. (bilateral)	,001
		N	25
	Riesgo de caídas	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	.
		N	25

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

Interpretación:

Como se muestra en la tabla 15 la dimensión actividades instrumentales está relacionada directa y positivamente con la variable riesgo de caídas, según la correlación de Spearman de 0.695 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.01. Por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna específica 2 y se rechaza la hipótesis nula.

V. DISCUSIÓN

El transcurso de la vida nos muestra lo que a veces parecemos olvidar. El ser humano: nace, crece, se reproduce y muere. Este factor biológico trae consigo la degeneración del organismo corpóreo que de manera enfática se va mostrando en la etapa de la adultez, justamente es donde se presenta el factor de riesgo y caídas, motivo de la investigación.

En esta etapa adulta las capacidades funcionales tanto a nivel físico como mental se van deteriorando y es donde los adultos mayores necesitan apoyo, por la inestabilidad física, o deterioro psíquico, o emocional, para realizar sus actividades cotidianas, incluido el cuidado de su salud.

El riesgo de sufrir algunos accidentes o caídas en la etapa de adultez es lo que motiva el constante estudio de las capacidades funcionales buscando en todo momento menguar el riesgo de caídas, es por ello que, el objetivo general del estudio fue determinar la relación entre capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores, de un Hospital del Seguro Social del Callao 2021, donde se encontró que el 28.00% (7/8) no presentan riesgo de caídas y el 4.00% (1/8) presentan riesgo.

En el grupo que presentó una incapacidad moderada, el 4.00% (1/14) no presentan riesgo de caídas, el 48.00% (12/14) presentan riesgo de caídas y el 4.00% (1/14) presenta un riesgo alto; por último, en el grupo que presenta una incapacidad severa, el 12.00% (3/3) presenta un riesgo alto, por lo cual se concluyó que existe relación significativa entre la capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores de un Hospital del Seguro Social del Callao 2021, según la correlación de Spearman de 0.685 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.01. Lo que se compara con el estudio de Meza G., donde hallo que el 57% tenía una capacidad funcional de dependencia leve. Mientras que el 77%, se encuentra en un subgrupo de mediana dependencia; existiendo otro más dependiente que está alrededor del 92%. Se

considera que a más edad se es más dependiente; entre las que sobresalen las mujeres que tienen 80 años a más, que llega con un 92.4% de dependencia.

Lo que concuerda con los resultados de la presente investigación puesto que, las capacidades funcionales se desarrollaron en un nivel regular al igual que la presencia del riesgo de caída. A ello en la literatura encontramos que la capacidad funcional es definida por la OMS como las destrezas de las personas que permiten establecer libremente sus movimientos corporales en sus rutinas cotidianas y el espacio donde viven. Por lo mismo es que se debe elaborar estrategias que ralenticen el proceso de envejecimiento como ejercicios y una alimentación balanceada, además de fomentar la cultura preventiva en el adulto mayor con un constante control y pueda disminuir la incidencia del riesgo de caídas.

El primer objetivo específico fue, identificar la relación entre capacidad funcional en su dimensión actividades básicas y riesgo de caídas en adultos mayores de un Hospital del Seguro Social del Callao 2021, donde se encontró que el 24.00% (6/7) no presentan riesgo de caídas y el 4.00% (1/7) presentan riesgo. En el grupo que presentó una incapacidad moderada, el 4.00% (1/13) no presentan riesgo de caídas, el 44.00% (11/13) presentan riesgo de caídas y el 4.00% (1/13) presenta un riesgo alto; por último, en el grupo que presenta una incapacidad severa, el 4.00% (1/5) presenta riesgo de caídas y el 16.00% (4/5) presenta un riesgo alto, es por lo que se concluyó que existe relación significativa entre capacidad funcional en su dimensión actividades básicas y riesgo de caídas en adultos mayores de un Hospital del Seguro Social del Callao 2021, según la correlación de Spearman de 0.674 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.01. Lo que se compara con el estudio de Abrego C. y Ruíz Z. quienes obtuvieron como resultados que existe una dependencia ligera del 63%, alto riesgo de caídas 50.7%, dependencia moderada en las actividades básicas 21%, ayuda física para trasladarse 50%, subir

escalones 55% y deambular 53%, por lo que evidenció que existe relación entre la capacidad funcional y riesgo de caídas en personas añosas, siendo la movilidad el área más afectada. Lo que presenta una concordancia con los resultados de la presente investigación donde vemos un desarrollo de las actividades básicas en un nivel moderado además de presentar una relación directa con el riesgo de caídas, asimismo cabe mencionar que estas actividades básicas son aquellas que se enfocan en el cuidado y mantenimiento de la salud del cuerpo, por lo que se realiza de forma diaria y automática, además, son esenciales para la supervivencia de todo ser humano y conforman parte de nuestra rutina diaria. Tal es el caso de la actividad de comer (actividad donde se ingieren alimentos que ayudan al cuidado de una buena salud) a la misma hora todos los días, el aseo que también tiene un horario y una forma de realizarlo, entre otros.

Siendo importante el poder medir estas actividades por su esencialidad en la calidad de vida del paciente adulto mayor, tratando de evitar alguna caída en el proceso.

El segundo objetivo específico fue establecer la relación entre capacidad funcional en su dimensión actividades instrumentales y riesgo de caídas en adultos mayores de un Hospital del Seguro Social del Callao 2021, donde se encontró que el 32.00% (8/9) no presentan riesgo de caídas y el 4.00% (1/9) presentan riesgo. En el grupo que presentó una incapacidad moderada, el 4.00% (1/12) no presentan riesgo de caídas, el 40.00% (10/12) presentan riesgo de caídas y el 4.00% (1/12) presenta un riesgo alto; por último, en el grupo que presenta una incapacidad severa, el 4.00% (1/4) presenta riesgo de caídas y el 12.00% (3/4) presenta un riesgo alto; evidenciándose que existe relación significativa entre capacidad funcional en su dimensión actividades instrumentales y riesgo de caídas en adultos mayores de un Hospital del Seguro Social del Callao 2021, de acuerdo a correlación de Spearman de 0.695 representado este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.01. Lo que se compara con el estudio de Riaño M., Moreno

J., Echevarría L., Rangel L., Sánchez J., donde se encontró que las personas evaluadas indican menos riesgo de caídas, por otro lado, sugieren medir tamaño, peso y la masa del cuerpo, promoviendo el entrenamiento de fuerza y potencia muscular, que mengua la incidencia de caídas. Lo que concuerda con lo obtenido en el presente estudio donde las actividades instrumentales presentaron que el 40.00% presentan riesgo de caídas y solo el 4.00% (1/12) presenta un riesgo alto. A ello se menciona que estas actividades refieren al desenvolvimiento del individuo para satisfacer sus necesidades como se da en el acto de elegir y preparar sus alimentos, adquirir los productos que necesita para el normal desarrollo de sus quehaceres cotidianos, la misma acción de acicalarse, el uso de aparatos tecnológicos, así como, el manejo de las redes sociales para la interacción con el mundo exterior, el cuidado de su salud en su totalidad es lo que refleja esta segunda dimensión.

VI. CONCLUSIONES

- 1.** Se logro determinar que existe una relación medianamente significativa entre capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores de un Hospital del Seguro Social del Callao, 2021; según la correlación de Spearman de 0.685 representando este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.01.
- 2.** Se identificó que existe una relación medianamente significativa entre capacidad funcional en su dimensión actividades básicas y riesgo de caídas en adultos mayores de un Hospital del Seguro Social del Callao, 2021; según la correlación de Spearman de 0.674 representando este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.01.
- 3.** Se identificó que existe una relación medianamente significativa entre capacidad funcional en su dimensión actividades instrumentales y riesgo de caídas en adultos mayores de un

Hospital del Seguro Social del Callao, 2021; según la correlación de Spearman de 0.695 representando este resultado como moderado con una significancia estadística de $p=0.001$ siendo menor que el 0.01.

VII. RECOMENDACIONES

1. A los profesionales de enfermería, realizar campañas de concientización sobre la importancia del control de la capacidad funcional del adulto mayor, a través de talleres y sesiones educativas a los familiares, para poder brindar la información esencial de los peligros al descuidar a los pacientes y la importancia de la calidad de vida del adulto mayor.
2. A los profesionales de enfermería, en conjunto con los especialistas de salud, elaborar guías de alimentación para el adulto mayor, enfocados en fortalecer su sistema inmune y capacidades funcionales y motoras, con el fin de brindarles pautas para cuidar su salud, así mismo se sugiere a la jefatura del servicio de medicina según los resultados encontrados, de tal manera que coloquen un banner en la entrada, para que la familia o el tutor estén informados antes de ingresar al servicio sobre el cuidado adecuado de la capacidad funcional y evitar riesgo de caídas .
3. Al profesional de enfermería desarrollar talleres para los adultos mayores y familiares, y así participen de su cuidado, aprovechando las estrategias del tele monitoreo y tele orientación del trabajo remoto, que vienen realizando las enfermeras que se encuentran acogidas a la ley de aislamiento social por la pandemia del Covid-19; también del programa del familiar acompañante mediante las plataformas, enfatizando en la alimentación y actividades físicas que el adulto mayor pueda realizar, además ofrecer información de las diferentes estrategias que se interrelacionan con el programa del familiar acompañante dentro del sistema de salud que se enfoque en mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

REFERENCIAS

1. OMS. Caídas. Organización Mundial de la Salud. 2018. (Internet) (citado 2020, Noviembre 27) Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
2. OMS. Envejecimiento y Salud. Organización Mundial de la Salud-Infografía. 2018. (Internet) (Citado 2020, Diciembre 3) Recuperado de: <https://www.who.int/ageing/ageing-infographic-2015-es.pdf?ua=1>
3. Perfil Demográfico, Epidemiológico y Social de la Población Adulta Mayor en el País, una Propuesta de Política Pública. - Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores Dirección de Atención Geriátrica 2015. Artículo. (Internet) (Citado 2020, Diciembre 4) Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/122581/ADULTOS_MAYORES_POR_ESTADO_CD1.pdf
4. MINSA. Fragilidad: Epidemia silenciosa que ataca a los adultos mayores. El firme de la Salud 2018. (Internet) (Citado 2020, Diciembre 7) Recuperado de: https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/authenticated%2C%20administrator%2C%20editor/publicaciones/2018-07-06/El_Firme_de_la_Salud_Enero_2018.pdf
5. Casahuaman L. y Runzer F. Parodi J. Asociación entre síndrome de caídas y síntomas depresivos en adultos mayores de once comunidades altoandinas del Perú 2013-2017. Revista de Neuro-Psiquiatría 82 (1) (Internet) (Citado 2020, Diciembre 7) Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v82i1.3481>
6. Meza G. Capacidad funcional para desarrollar actividades de la vida diaria, según edad y sexo en adultos mayores que acuden a un Centro de Atención al Adulto Mayor, Villa María del Triunfo, 2016. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. 2017. (Tesis de titulación) (Citado 2020, Diciembre 12) Recuperado de: <https://hdl.handle.net/20.500.12672/5892>
7. Abrego C, Ruiz Z. Capacidad funcional y riesgo de caídas en pacientes adultos mayores atendidos en el centro de atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro. En el Distrito del Rímac, 2018. Universidad Norbert Wiener. Perú. 2018. (Tesis de titulación) (Citado 2020, Diciembre 12) Recuperado de: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/2869>

8. Seminario 1. M. Capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores del centro integral de atención al adulto mayor Chulucanas, 2018. Universidad Católica Sede Sapientiae. Perú. 2018. (Tesis de titulación) (Citado 2020, Diciembre 18) Recuperado de: <http://repositorio.ucss.edu.pe/handle/UCSS/556>
9. Pérez C. Riesgo de caídas y capacidad funcional en adultos mayores del Centro poblado Primavera, 2020. Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión. Perú. 2020. (Tesis de titulación) (Citado 2020, Diciembre 18) Recuperado de: <http://repositorio.unjfsc.edu.pe/handle/UNJFSC/3937>
10. Gallo M. y Morillo J. Evaluación de riesgo de caídas en adultos mayores que reciben intervención con un programa multifactorial de prevención comparado con adultos mayores que reciben indicaciones en consulta médica del Centro de Salud número 9 comité del pueblo en los meses de Septiembre a Noviembre de 2016. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Ecuador. 2016. (Tesis de titulación de especialista en medicina familiar y comunitaria) (Citado 2020, Diciembre 23) Recuperado de: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/12740>
11. Marques I. Factores de riesgo para caídas en pacientes adultos hospitalizados. Brasil. Rev. Latino-Am. Enfermagem 26(2) 2018. Artículo. (Internet) (Citado 2020, Diciembre 23) Recuperado de: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/es_0104-1169-rlae-26-e3016.pdf
12. Riaño M., Moreno J., Echevarría L., Rangel L., Sánchez J. Condición física funcional y riesgo de caídas en adultos mayores. Colombia. Rev. Cubana de investigación Biomédicas Vol.37 n°3 2018. Artículo. (Internet) (Citado 2020, Diciembre 30) Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002018000300003
13. Naranjo Hernández Y, Concepción Pacheco JA, Rodríguez Larreynaga M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac méd espirit [revista en Internet]. 2017 [citado 30 Dic 2020];(3):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/1129>
14. Melgar F y Penny E y Geriatria y Gerontología para el médico internista [en línea]. 1.^a ed. Bolivia: La Hoguera; 2012. [Citado: 2020 diciembre 30]. Disponible en

[http://www.medicinainterna.net.pe/sites/default/files/geriatria para el internista.pdf](http://www.medicinainterna.net.pe/sites/default/files/geriatria_para_el_internista.pdf)

- 15.OMS. Envejecimiento y salud. Organización Mundial de la Salud. 2018. (Internet) (citado 2021, Enero 03) Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- 16.Naranjo-Hernández Ydalsys. Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. AMC [Internet]. 2019 Dic [citado 2021 Ene 03] ; 23(6): 814-825. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000600814&lng=es. Epub 19-Nov-2019.
- 17.INEI. Población adulta mayor. Instituto Nacional de estadísticas e informáticas. 2020.(Internet) (Citado 2021, Enero 03) Recuperado de: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin adulto mayor.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin_adulto_mayor.pdf)
- 18.OMS. Informe Mundial sobre la Discapacidad. Organización Mundial de la Salud. 2018. (Internet) (Citado 2021, Enero 07) Disponible en: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf?ua=1
- 19.Encyclopedia.com. capacidad funcional. 2019. (Internet) (Citado 2021, Enero 07) Disponible en: <https://www.encyclopedia.com/education/encyclopedias-almanacs-transcripts-and-maps/functional-capacity>
- 20.Naranjo Hernández Ydalsys, Concepción Pacheco José Alejandro, Rodríguez Larreynaga Miriam. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac Méd Espirit [Internet]. 2017 Dic [citado 2021 Ene 10] ; 19(3): 89-100. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es.
- 21.OPS. Actividad física. Organización Panamericana de la salud. (internet). (Citado 2021, Enero 10) Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/actividad-fisica>
- 22.Plena-identidad.com [Internet]. Buenos Aires:La capacidad funcional y la capacidad intrínseca, Jimena Garriga; Gerontología-Terapia ocupacional [revisado 2019 Agost 17;citado 2021 Ene 17]. Disponible en: <http://plenaidentidad.com/la-capacidad-funcional-y-la-capacidad-intrinseca/>

- 23.** ASPADEX. Plena inclusión - Galicia. Actividades Básicas e instrumentales de la vida diaria (Internet) (Consultado el 17 Enero 2021). Recuperado de: <https://aspadex.org/actividades-basicas-e-instrumentales-de-la-vida-diaria/>
- 24.** Martínez Miguélez, Miguel «Dimensiones Básicas de un Desarrollo Humano Integral», Polis [En línea], 23 | 2009, Publicado el 19 julio 2011, consultado el 24 enero 2021. URL: <http://journals.openedition.org/polis/1802>
- 25.** UNICEF. Los Hábitos de Higiene.pdf. (Internet) (citado 2021, enero 24) Recuperado de: <https://www.unicef.org/venezuela/media/1186/file/Los%20h%C3%A1bitos%20de%20higiene.pdf>
- 26.** Jordan Huahuachampi, Edith “Evaluación del Equilibrio y Marcha como Factores de Riesgo en las Caídas del Adulto Mayor del Centro Gerontológico San Francisco de Asís. Cusco - 2012”. Universidad San Antonio Abad del Cusco. Perú. 2012 (Tesis de titulación) (Citado 2021, enero 30) Recuperado de: <http://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/UNSAAC/846/253T20120044.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 27.** Judge JO, Whipple RH, Wolfson LI. (1994). Effects of resistive and balance exercises on isokinetic strength in older persons. J Am Geriatr Soc 42: 937–946
- 28.** Segovia Díaz de León Martha Graciela, Torres Hernández Erika Adriana. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. Gerokomos [Internet]. 2011 Dic [citado 2021 Ene 30] ; 22(4): 162-166. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000400003&lng=es.
- 29.** OMS. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. 2015 (Internet) (Citado el 4 de febrero 2021) Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1
- 30.** REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Diccionario de la lengua española, 23.^a ed., [versión 23.4 en línea]. <<https://dle.rae.es>> [Consultado el 4 febrero 2021].
- 31.** OMS. WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. World Health Organization 2008. (Internet) (citado 2021, febrero 7) Recuperado de:

<https://www.who.int/publications/i/item/who-global-report-on-falls-prevention-in-older-age?ua=1>

32. Varela F. Riesgo de caídas en los pacientes hospitalizados del servicio de cardiología de adultos, del Instituto Nacional Cardiopulmonar de Tegucigalpa, Honduras, en los meses de diciembre de 2017 y enero de 2018. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Nicaragua. 2018. (Tesis de titulación de Magister) (Citado 2021, febrero 13) Recuperado de: <https://repositorio.unan.edu.ni/8638/1/t997.pdf>
33. Romano Durán Elisenda, Rodríguez Camarero Ginés Fco., Martínez-Esparza Elvira Hernández. Incidencia y características de las caídas en un hospital de cuidados intermedios de Barcelona. Gerokomos [Internet]. 2017 [citado 2021 Feb 14] ; 28(2): 78-82. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000200078&lng=es. Epub 09-Nov-2020.
34. Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos; Baptista Lucio, María del Pilar et al. "Metodología de la Investigación" 2014. Sexta edición. McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. de C.V. México. Disponible en: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
35. Ventura-León José Luis. Population or sample?: A necessary difference. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2017 Dic [citado 2021 Feb 13] ; 43(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000400014&lng=es.
36. Fisher, Ronald, A. . Statistical methods and Scientific inference. Oliver and Boyd. Folks, J.L. (1981). Ideas of Statistics. Wiley and Sons.(1956). (Internet) 2016 Set (citado 2019 Jul 04) Disponible en: <https://sites.google.com/site/iniciacionestadistica/4-estadistica-descriptiva/4-7-medidas-de-dispersion>
37. González-Rodríguez Rubén, Gandoy-Crego Manuel, Díaz Miguel Clemente. Determinación de la situación de dependencia funcional. Revisión sobre los instrumentos de evaluación más utilizados. Gerokomos [Internet]. 2017 [citado 2021 Feb 6]; 28(4): 184-188. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000400184&lng=es.

- 38.** Segovia Díaz de León Martha Graciela, Torres Hernández Erika Adriana. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. Gerokomos [Internet]. 2011 Dic [citado 2021 Feb 6]; 22(4): 162-166. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000400003&lng=es.
- 39.** Rodríguez Guevara Camila, Lugo Luz Helena. Validez y confiabilidad de la Escala de Tinetti para población colombiana. Rev.Colomb.Reumatol. [Internet]. Diciembre de 2012 [consultado el 20 de febrero de 2021]; 19 (4): 218-233. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-81232012000400004&lng=en.
- 40.** Acevedo Pérez Irene. Aspectos Éticos en la Investigación Científica. Cienc. enferm. [Internet]. 2002 Jun [citado 2021 Feb 15]; 8(1): 15-18. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532002000100003&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532002000100003>.

ANEXOS

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable 1:

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala
Capacidad funcional	Según la Organización Mundial de la Salud, define como la capacidad funcional la habilidad de la persona que le permite establecer libremente sus movimientos corporales en sus rutinas cotidianas.	<p>Se mide a través de los siguientes instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Índice de Katz: evalúa la independencia de un paciente en cuanto a la realización de las actividades básicas de la vida diaria. ➤ Escala de Lawton y Brody: evalúa la autonomía física y las actividades instrumentales de la vida diaria. <p>Tendrán una medición en estos niveles:</p> <p>Ausencia de incapacidad (0) Incapacidad moderada (1) Incapacidad severa (2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Actividades básicas. ❖ Actividades instrumentales. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baño. 2. Vestido. 3. Uso del retrete. 4. Movilidad. 5. Continencia. 6. Alimentación. <ol style="list-style-type: none"> 1. Capacidad para usar el teléfono. 2. Hacer compras. 3. Preparación de la comida. 4. Cuidado de la casa. 5. Lavado de la ropa. 6. Uso de medios de transporte. 7. Responsabilidad respecto a su medicación. 8. Capacidad para utilizar dinero. 	Ordinal

CAPACIDAD FUNCIONAL Y RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES, HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN, CALLAO – 2020

Consentimiento informado:

Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación. Somos dos bachilleres de enfermería: Flor de María León Meléndez y Daniela Kathy Tarazona Reyes de la Universidad César Vallejo. Le explicamos que la finalidad del consentimiento informado es llegar a un acuerdo previo sobre su salud y cómo ésta repercute en su vida, el cual debe ser firmado de forma consciente y voluntaria por el paciente, cabe recalcar que la información brindada será confidencial. Usted, puede aceptar o rechazar, si acepta participar se le pedirá responder unos cuestionarios. ¿Desea participar en la siguiente investigación?

- Sí
- No

Estimados participantes:

Somos dos bachilleres en enfermería: Flor de María León Meléndez y Daniela Kathy Tarazona Reyes. Estamos realizando una investigación para nuestro licenciamiento y queremos contar con su participación para la recolección de datos de nuestro trabajo. Toda información obtenida será analizada con absoluta reserva, para ello pedimos que nos apoye respondiendo los siguientes cuestionarios.

Sexo	Edad	Grado de instrucción
a) Femenino ()1	a) 65 a 68 años ()1	a) Superior ()1
b) Masculino ()2	b) 69 a 72 años ()2	b) Secundaria ()2
	c) 73 a 76 años ()3	c) Primaria ()3
	d) 77 a más años ()4	d) Sin educación ()4

Índice de Katz y Escala de Lawton y Brody:

Nº	Dimensión Actividades básicas	Nunca (0)	A veces (1)	Siempre (2)
Indicador 1: Baño				
1	Se baña enteramente solo o necesita ayuda sólo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía).			
2	Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo.			
Indicador 2: Vestido				
3	Coge la ropa de cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos.			
4	No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido.			
Indicador 3: Uso del retrete				
5	Va al W.C. solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretorios.			
6	Precisa ayuda para ir al W.C.			
Indicador 4: Movilidad				
7	Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo.			
8	Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos.			
Indicador 5: Continencia				
9	Control completo de micción y defecación.			
10	Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.			
Indicador 6: Alimentación				
11	Independiente: Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne			
12	Dependiente: Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral.			
Nº	Dimensión Actividades instrumentales	Nunca (0)	A veces (1)	Siempre (2)
Indicador 1: Capacidad para usar el teléfono				
13	Utiliza el teléfono por iniciativa propia			
14	Es capaz de marcar bien algunos números familiares			
15	Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar			
16	No utiliza el teléfono			
Indicador 2: Hacer compras				
17	Realiza todas las compras necesarias independientemente			
18	Realiza independientemente pequeñas compras			
19	Necesita ir acompañado para cualquier compra			
20	Totalmente incapaz de comprar			
Indicador 3: Preparación de la comida				
21	Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente			

22	Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes			
23	Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada			
24	Necesita que le preparen y sirvan las comidas			
Indicador 4: Cuidado de la casa				
25	Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)			
26	Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas			
27	Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza			
28	Necesita ayuda en todas las labores de casa			
29	No participa en ninguna labor de la casa			
Indicador 5: Lavado de la ropa				
30	Lava por sí solo toda la ropa			
31	Lava por sí solo pequeñas prendas			
32	Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro			
Indicador 6: Uso de medios de transporte				
33	Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche			
34	Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte			
35	Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona			
36	Utiliza el taxi o el automóvil sólo con la ayuda de otros			
37	No viaja			
Indicador 7: Responsabilidad respecto a su medicación				
38	Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis adecuada			
39	Toma su medicación si la dosis es preparada previamente			
40	No es capaz de administrarse su medicación			
Indicador 8: Capacidad para utilizar dinero				
41	Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo			
42	Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda con las grandes compras y en los bancos			
43	Incapaz de manejar dinero			

Ausencia de incapacidad (0)

Incapacidad moderada (1)

Incapacidad severa (2)

Escala de Tinetti - Parte I Equilibrio: El sujeto debe estar sentado en una silla sin brazos.

N°	Dimensión Equilibrio	Puntuación
Indicador 1: Equilibrio sentado		
1	Se inclina o desliza en la silla	0
2	Firme y seguro	1
Indicador 2: Levantarse		
3	Incapaz sin ayuda	0
4	Capaz utilizando los brazos como ayuda	1
5	Capaz sin utilizar los brazos	2
Indicador 3: Intentos de levantarse		
6	Incapaz sin ayuda	0
7	Capaz, pero necesita más de un intento	1
8	Capaz de levantarse con un intento	2
Indicador 4: Equilibrio inmediato (5) al levantarse		
9	Inestable (Se tambalea, mueve los pies, marcado balanceo del tronco)	0
10	Estable, pero usa andador, bastón, muletas u otros objetos)	1
11	Estable sin usar bastón u otros soportes	2
Indicador 5: Equilibrio en bipedestación		
12	Inestable	0
13	Estable con aumento del área de sustentación (los talones separados más de 10 cm.) o usa bastón, andador u otro soporte	1
14	Base de sustentación estrecha sin ningún soporte	2
Indicador 6: Empujón (sujeto en posición firme con los pies lo más juntos posible; el examinador empuja sobre el esternón del paciente con palma 3 veces)		
15	Tiende a caerse	0
16	Se tambalea, se sujeta, pero se mantiene solo	1
17	Firme	2
Indicador 7: Ojos cerrados (en la posición anterior)		
18	Inestable	0
19	Estable	1
Indicador 8: Giro de 360°		
20	Pasos discontinuos	0
21	Pasos continuos	1

22	Inestable (se agarra o tambalea)	0
23	Estable	1
Indicador 9: Sentarse		
24	Inseguro	0
25	Usa los brazos o no tiene un movimiento suave	1
26	Seguro, movimiento suave.	2

EQUILIBRIO / 16 PUNTOS TOTAL

Parte II Marcha: El sujeto debe estar de pie con el examinador, caminar primero con su paso habitual, regresando con “paso rápido, pero seguro” (usando sus ayudas habituales para la marcha, como bastón o andador).

N°	Dimensión Marcha	Puntuación
Indicador 1: Comienzo de la marcha (inmediatamente después de decir “camine”)		
27	Duda o vacila, o múltiples intentos para comenzar	0
28	No vacilante	1
Indicador 2: Longitud y altura del paso		
29	El pie derecho no sobrepasa al izquierdo con el paso en la fase de balanceo	0
30	El pie derecho sobrepasa al izquierdo	1
31	El pie derecho no se levanta completamente del suelo con el paso en la fase del balanceo	0
32	El pie derecho se levanta completamente	1
33	El pie izquierdo no sobrepasa al derecho con el paso en la fase de balanceo	0
34	El pie izquierdo sobrepasa al derecho con el paso	1
35	El pie izquierdo no se levanta completamente del suelo con el paso en la fase del balanceo	0
36	El pie izquierdo se levanta completamente	1
Indicador 3: Simetría del paso		
37	La longitud del paso con el pie derecho e izquierdo es diferente (estimada)	0
38	Los pasos son iguales en longitud	1
Indicador 4: Continuidad de los pasos		
39	Para o hay discontinuidad entre pasos	0
40	Los pasos son continuos	1
Indicador 5: Trayectoria (estimada en relación con los baldosines del suelo de 30 cm. de diámetro; se observa la desviación de un pie en 3 cm. de distancia)		
41	Marcada desviación	0

42	Desviación moderada o media, o utiliza ayuda	1
43	Derecho sin utilizar ayuda	2
Indicador 6: Posición del tronco		
44	Marcado balanceo o utiliza ayudas	0
45	No balanceo, pero hay reflexión de rodillas o espalda o extensión hacia fuera de los brazos	1
46	No balanceo, no flexión, ni utiliza ayuda	2
Indicador 7: Postura en la marcha		
47	Talones separados	0
48	Talones casi se tocan mientras camina	1

MARCHA / 12 PUNTOS TOTAL

Interpretación:

<p>EQUILIBRIO + MARCHA / 28 PUNTOS TOTAL RIESGO ALTO DE CAÍDAS: Puntuación menor a 19 RIESGO DE CAÍDAS: Puntuación entre 19 y 24 NO RIESGO DE CAÍDAS: Puntuación entre 25 y 28</p>

VARIANZA:

$$\sigma^2 = \frac{\sum_{i=1}^n xi}{n} \qquad \bar{x} = \frac{\sum x}{n}$$

$$\sigma^2 = \frac{(25 - 16.7)^2 + (25 - 16.7)^2 + (10 - 16.7)^2}{3}$$

$$\sigma^2 = \frac{116.7}{3}$$

$$\sigma^2 = 39$$

Desviación Estándar:

$$\sigma = \sqrt{\sigma^2} \qquad \sigma = \sqrt{39} = 6.2$$

JUICIO DE EXPERTOS:

V1: Capacidad funcional

	Juez 1			Juez 2			Juez 3			Juez 4			Juez 5			p valor
	Claridad	Pertinencia	Relevancia													
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031

21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
27	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
28	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
29	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
31	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
32	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
33	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
34	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
35	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
36	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
37	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
38	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
39	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
40	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
41	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
42	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
43	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031

Ta = N° total de acuerdos

Td = N total de desacuerdos

b = Grado de concordancia entre jueces

$$b = \frac{Ta}{Ta + Td} \times 100$$

Reemplazamos por los valores
obtenidos:

$$b = \frac{645}{645} \times 100$$

100.00

$p < 0.05$ = concordancia de jueces

$p > 0.05$ = no concordancia de jueces

P=

0.5

Número de Jueces	5
Numero de existos x Juez	3
Total	15

V2: Riesgo de caídas

	Juez 1			Juez 2			Juez 3			Juez 4			Juez 5			p valor
	Claridad	Pertinencia	Relevancia													
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031

23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
27	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
28	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
29	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
31	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
32	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
33	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
34	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
35	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
36	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
37	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
38	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
39	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
40	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
41	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
42	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
43	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
44	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
45	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
46	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
47	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031
48	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.000031

Ta = N° total de acuerdos

Td = N total de desacuerdos

b = Grado de concordancia entre jueces

$$b = \frac{Ta}{Ta + Td} \times 100$$

Reemplazamos por los valores
obtenidos:

$$b = \frac{720}{720} \times 100$$

100.00

$p < 0.05$ = concordancia de jueces

$p > 0.05$ = no concordancia de jueces

P=

0.5

Número de Jueces	5
Numero de existos x Juez	3
Total	15

CARTA N° 037 - 2021-EP/ ENF.UCV-LIMA



Dr.
ULISES EDWIN ROMERO NÚÑEZ
Gerente del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren
Callao
Presente.-

Asunto: Solicito autorizar la ejecución del Proyecto de Investigación de Enfermería

De mi mayor consideración:

Es muy grato dirigirme a usted para saludarlo muy cordialmente en nombre de la Universidad Cesar Vallejo y en el mío propio desearle la continuidad y éxitos en la gestión que viene desempeñando.

A su vez la presente tiene como objetivo el solicitar su autorización a fin de que las bachilleres Flor de María León Meléndez y Daniela Kathy Tarazona Reyes, de la Escuela Académica Profesional de Enfermería puedan ejecutar su investigación titulada: "Capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores" en la institución que pertenece a su digna Dirección; por lo que solicito su autorización a fin de que se les brinden las facilidades correspondientes.

Sin otro particular me despido de Usted no sin antes expresar los sentimientos de mi especial consideración personal.

Atentamente,



Mgtr. Zora M. Riojas Yance
Coordinadora de Escuela Profesional de Enfermería
Universidad César Vallejo – Filial Lima

c/ c: Archivo