

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
CHOTA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**AUTOCUIDADO Y RIESGO DE CAÍDAS EN EL ADULTO
MAYOR QUE ACUDE AL PUESTO DE SALUD
CABRACANCHA, CHOTA 2025**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

AUTORES
ANA MEDALI CABRERA PÉREZ
JOSÉ ALEX DÁVILA VEGA

ASESOR
MG. WILDER OVIDIO CARRANZA CARRANZA
CHOTA – PERÚ

2025



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Chota, 10 de noviembre del 2025.

C.O. N° 043-2025-UI-FCCSS


CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, Jefe de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, hace constar que el Informe Final de Tesis titulado: **"AUTOCUIDADO Y RIESGO DE CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR QUE ACUDE AL PUESTO DE SALUD CABRACANCHA, CHOTA 2025"** elaborado por los **Bachilleres en enfermería: Ana Medali Cabrera Pérez y José Alex Dávila Vega**, para optar el Título Profesional de Licenciada (o) en Enfermería, presenta un índice de similitud de 14%, sin incluir material bibliográfico, material citado, fuentes con menos de 20 palabras y depósitos de trabajos de estudiantes; asimismo, comparado con contenido de páginas web, boletines, periódicos y publicaciones [desde el resumen hasta las recomendaciones]; por lo tanto, cumple con los criterios de evaluación de originalidad establecidos en el Reglamento Específico de Grados y títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud, aprobado mediante Resolución de Facultad N° 075-2023- FCCSS-UNACH /C.

Se expide la presente, en conformidad a la directiva antes mencionada, para los fines que estime pertinentes.

Atentamente,




Dr. JORGE RÍMAN TENORIO CARRANZA
Jefe de la Unidad de Investigación
Facultad Ciencias de la Salud
UNACH



Unidad de Investigación
Facultad en Ciencias de la
Salud
UNACH


C.c.
Archivo
G2025

JOSÉ ALEX DAVILA VEGA

TESIS ALEX Y MEDALI

 INVESTIGACIÓN CIENTIFICA

 WILLY INVESTIGACIÓN

 Universidad Nacional Autonoma de Chota

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::1:3400655431

Fecha de entrega

6 nov 2025, 8:51 a.m. GMT-5

Fecha de descarga

6 nov 2025, 8:55 a.m. GMT-5

Nombre del archivo

Autocuidado_riesgo_ca_das_Cabrera-D_vila __04-11-2025_fin_1.pdf

Tamaño del archivo

707.9 KB

78 páginas

18.170 palabras




14% Similitud general

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

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado

Fuentes principales

- 15%  Fuentes de Internet
- 5%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

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

Fuentes principales

- 15% Fuentes de Internet
- 5% Publicaciones
- 0% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

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

1	Internet	repositorio.unach.edu.pe	5%
2	Internet	repositorio.unc.edu.pe	4%
3	Internet	hdl.handle.net	1%
4	Internet	www.repositorio.unach.edu.pe	<1%
5	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	<1%
6	Internet	repositorio.unjfsc.edu.pe	<1%
7	Internet	dspace.utb.edu.ec	<1%
8	Internet	eventoscimeq.sld.cu	<1%
9	Internet	repositorio.cientifica.edu.pe	<1%
10	Internet	repositorio.upla.edu.pe	<1%
11	Internet	revistas.uclave.org	<1%

12	Internet	repositorio.unsm.edu.pe	<1%
13	Internet	repositorio.upao.edu.pe	<1%
14	Internet	ri-ng.uaq.mx	<1%
15	Internet	dialnet.unirioja.es	<1%
16	Internet	repositorio-cientifico.essatla.pt	<1%



Formato N° 11: Acta de sustentación Informe final de tesis

Siendo las 13:00 horas del día 22 de octubre del año 2025, se reunieron en la Sala de Sustentaciones de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, el Jurado Evaluador presidido por el (la) Dra. Zoila Isabel Cárdenas Tirado, secretario (a) Dr. Hernán Tafur Coronel, como vocal Mg. Rafaél Artidoro Sandoval Núñez y como asesor (a) del Informe Final de Tesis el (la) Mg. Wilder Ovidio Carranza Carranza.

Actuando de conformidad con el Reglamento Específico de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, se dio inicio a la Sustentación del Informe Final de Tesis: Autocuidado y riesgo de caídas en el adulto mayor que acude al Puesto de Salud Cabracancha, Chota 2025

presentado por el (los) bachiller (es): Ana Medalí Cabrera Pérez y José Alex Dávila Vega de la Escuela Profesional de Enfermería.

Luego de la sustentación, deliberación y consenso de los integrantes del Jurado Evaluador se acordó Aprobar el Informe Final de Tesis en mención con la calificación de (números y letras): 15 Quince y con la denominación Mención honorosa por lo tanto el (la) bachiller(es) puede(n) proseguir con los trámites ulteriores, para la recepción del diploma que le (la) acredite como licenciado (a) en Enfermería.

En señal de conformidad, firman los presentes a horas 2.30 del 22 de octubre del 2025.

JURADO EVALUADOR	FIRMA
Presidente : - Dra. Zoila Isabel Cárdenas Tirado	
Secretario: - Dr. Hernán Tafur Coronel	
Vocal: - Mg. Rafaél Artidoro Sandoval Núñez	
ASESOR	FIRMA
- Mg. Wilder Ovidio Carranza Carranza	



AGRADECIMIENTO

A Dios, quien es nuestra orientación y fortaleza, le agradecemos de manera infinita por proporcionarnos la sabiduría, la paciencia y la constancia requeridas para finalizar esta fase.

A nuestro asesor, el Mg. Wilder Ovidio Carranza Carranza por su valiosa orientación y respaldo en la elaboración del proyecto e informe final de tesis.

Al jefe y personal de salud del Puesto de Salud de Cabracancha, por su apoyo y facilitar la información requerida para llevar a cabo esta investigación; asimismo, a todos los adultos mayores que participaron en el estudio.

A nuestros profesores de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, a quienes valoramos por compartir sus saberes y brindarnos su invaluable respaldo en la mejora de nuestras competencias, fundamentales para nuestro rendimiento como profesionales en formación.

A:

A Dios, nuestro orientador y soporte, le agradecemos por concedernos la sabiduría, la paciencia y la constancia requerida para finalizar esta fase. En cada instante de incertidumbre, en cada reto, percibimos su presencia alumbrando nuestra trayectoria, proporcionándonos las energías para continuar avanzando.

A nuestros progenitores y familiares, quienes nos motivaron durante el desarrollo de este trabajo de investigación, agradecemos su amor, su respaldo continuo y por ser nuestro refugio en los momentos de adversidad. Gracias por confiar en nosotros.

Medali y Alex

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
CAPÍTULO I	
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	6
2.1. Antecedentes del estudio	6
2.2. Bases conceptuales	10
2.3. Definición de términos básicos	22
CAPÍTULO III	
MARCO METODOLÓGICO	23
3.1. Ámbito de estudio	23
3.2. Diseño de investigación	23
3.3 Hipótesis	24
3.4. Población, muestra y unidad de estudio	24
3.5. Operacionalización de las variables	25
3.6. Descripción de la metodología	28
3.7. Procedimiento y análisis de datos	30
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	32
4.1. Características sociodemográficas de los adultos mayores del Puesto de Salud Cabracancha, Chota 2025	32
4.2. Autocuidado en el adulto mayor que acude al Puesto de Salud Cabracancha, Chota 2025	36
4.3. Riesgo de caídas en el adulto mayor que acude al Puesto de Salud Cabracancha, Chota 2025	39
4.4. Relación entre el autocuidado y el riesgo de caídas en el adulto mayor que acude al Puesto de Salud Cabracancha, Chota 2025	42
CAPÍTULO V	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
ANEXOS	59

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1.	Características sociodemográficas de los adultos mayores del Puesto de Salud Cabracancha, Chota 2025	32
Tabla 2.	Nivel de autocuidado en el adulto mayor que acude al Puesto de Salud Cabracancha, Chota 2025	36
Tabla 3.	Nivel de riesgo de caídas en el adulto mayor que acude al Puesto de Salud Cabracancha, Chota 2025	39
Tabla 4.	Autocuidado y el riesgo de caídas en el adulto mayor que acude al Puesto de Salud Cabracancha, Chota 2025	42

ÍNDICE DE ABREVIACIONES

AM	: Adulto mayor
ALC	: América Latina y el Caribe
CYPAC	: Test de Capacidad y Percepción de Autocuidado
DISA	: Dirección de Salud
MIMP	: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables
MINSA	: Ministerio de Salud
OMS	: Organización Mundial de la Salud
RIS	: Red Integral de Salud

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre el autocuidado y el riesgo de caídas en el adulto mayor que acude al Puesto de Salud Cabracancha, Chota 2025. Investigación cuantitativa, no experimental, relacional y transversal, ejecutada con 114 adultos mayores. La técnica utilizada fue la encuesta, como instrumentos, el Test de Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor y la Escala de Mary Tinetti. Se obtuvieron los siguientes resultados: en cuanto a las características sociodemográficas, la mayoría tenía entre 60 y 69 años, el 53,5% eran mujeres, el 66,6% estaban casados, el 49,1% contaba con estudios de primaria y el 51,8% se desempeñaba como amas de casa. Respecto al autocuidado, el 34,2% mostró carencia de capacidad para el autocuidado, el 30,7% exhibe un autocuidado parcialmente apropiado; el 30,7% presentó autocuidado inadecuado; y el 4,4% mostró déficit de autocuidado. En lo concerniente al riesgo de caídas, el 45,6% tenía un elevado riesgo de caídas, el 28,9% no presentó riesgo y el 25,5% mostró riesgo de caídas. Al relacionar las variables de estudio, el 22,8% de las personas mayores sin habilidades de autocuidado tienen un elevado riesgo de sufrir caídas. Concluye que existe relación entre el grado de autocuidado y el riesgo de caídas, mediante la prueba Chi cuadrado razón de verosimilitud.

Palabras clave: Autocuidado, riesgo de caídas, adulto mayor.

ABSTRACT

The purpose of this study was to investigate the relationship between self-care and the risk of falls among older adults attending to Puesto de Salud Cabracancha in Chota, Peru, in 2025. This quantitative, non-experimental, correlational, and cross-sectional study was conducted with 114 older adults. Data were collected using the survey technique, with the Self-Care Capacity and Perception Test for Older Adults and the Mary Tinetti Scale as instruments. The results indicated that, regarding sociodemographic characteristics, most participants were between 60 and 69 years old; 53,5% were women; 66,6% were married; 49,1% had completed primary education; and 51,8% were homemakers. Concerning self-care, 34,2% showed a lack of self-care capacity, 30,7% exhibited partially adequate self-care, 30,7% demonstrated inadequate self-care, and 4,4% presented a self-care deficit. Regarding the risk of falls, 45,6% were at high risk, 28,9% had no risk, and 25,5% showed a moderate risk. When analyzing the relationship between the study variables, 22,8% of older adults with poor self-care abilities have a high risk of falling. The study concludes that there is a significant relationship between the level of self-care and the risk of falls, as determined by the Chi-square likelihood ratio test.

Keywords: self-care, risk of falls, older adults.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Actualmente, el envejecimiento constituye un desafío importante para la salud pública debido a la creciente demanda de atención en salud, ya que todos los países están experimentando el incremento en la población de adultos mayores (AM). Dada la complejidad de la coyuntura sociopolítica, la transición demográfica representa un reto para las familias y los propios AM, debido a la alta incidencia de enfermedades crónicas y degenerativas que comprometen su capacidad de independencia y autocuidado [1], además reducen la calidad de vida e incrementan el riesgo de caídas [2].

Las caídas se describen como sucesos no intencionales que producen daños debido a la pérdida de equilibrio, lo cual conlleva el choque del cuerpo contra una superficie. La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que cada año se producen 684 000 caídas, que representan la segunda causa de muerte a nivel global por traumatismos no intencionados. El 80% de estas muertes están vinculadas con caídas, particularmente en naciones con ingresos bajos y medianos [3].

En esta situación, el aumento de caídas en AM es una preocupación que crece a nivel global. Cerca del 30% de los AM en Estados Unidos experimenta, por lo menos una vez al año, una caída. De manera similar, en América Latina y el Caribe (ALC) se presenta una prevalencia del 34% en Chile y del 21,6% en Barbados [4]. Esto demuestra que se requieren medidas preventivas eficaces y programas de promoción de la salud orientados a los AM para disminuir la incidencia y las repercusiones de estos eventos.

En Cuba, se refiere que el 50% de las personas mayores ha sufrido caídas, lo que genera la necesidad de atención médica, y el 10% de estos casos termina en fracturas. El hogar es el lugar donde ocurren con mayor frecuencia, representando el 26,7% de las caídas. Por otra parte, en México, las caídas constituyen el 30% de las causas de fallecimiento en AM; de estos eventos, el 62% sucede en el hogar y el 26% en la vía pública [5].

Según una investigación realizada en México, el 27% de los AM tiene un alto nivel de autocuidado, el 19% un nivel medio, el 8% bajo y el 4% muy bajo [6]. En Argentina, se registró que el 49,4% de los AM tenía un nivel moderado de autocuidado, el 27,5% alto y el 23,1% bajo [7]. Resultados que indican la importancia de poner en marcha estrategias para fomentar y reforzar el autocuidado entre la población AM, sobre todo en aquellos con niveles bajos.

En Perú, respecto a la capacidad de autocuidado en los AM, se encontró que el 19% realiza prácticas de autocuidado buenas, el 41% prácticas regulares y el 40% prácticas deficientes. Estos hallazgos están fuertemente influenciados por factores como la procedencia, la alimentación, la higiene, así como los hábitos, actitudes y conductas personales. Además, el nivel de instrucción y la situación económica también juegan un papel determinante, constituyéndose como elementos clave para la calidad de vida de esta población [8].

Por otra parte, cerca del 33% de esta población sufre al menos una caída al año, afectando principalmente a los AM de 80 años o más. Además, el miedo a caer representa un problema de salud pública, ya que conlleva a la reducción de la actividad física y de la participación en eventos sociales. Se estima que la probabilidad de sufrir caídas oscila entre el 28% y el 35% en personas mayores de 65 años, y entre el 32% y el 42% en aquellas mayores de 70 años [9].

El grupo etario con mayor riesgo de caídas se corresponde los AM, debido a que se encuentran en el ciclo final de la vida, cuando se presenta un declive progresivo de las estructuras desarrolladas en etapas anteriores. Esto conlleva cambios biopsicosociales. No existe una edad específica que indica el inicio de esta etapa, ya que depende de las características particulares de cada persona. Por ello, para prevenir las caídas se destacan medidas como el ejercicio físico regular, la suplementación con calcio, vitamina D o proteínas, la atención a enfermedades, el control de riesgos ambientales y la educación en salud [10].

Los lugares más frecuentes en los que ocurren las caídas en AM son la sala, el dormitorio y la vía pública. De las personas que experimentaron una caída, el 9,1% requirió hospitalización y el 59,1% presentó algún tipo de herida. Entre las

consecuencias más comunes se identificaron la dificultad para caminar, el miedo a sufrir nuevas caídas y el cambio de domicilio. Asimismo, los factores asociados a una mayor probabilidad de caídas incluyeron tener 80 años o más, no estar jubilado y presentar síntomas de depresión [11].

Frente a esta situación, Ministerio de Salud (MINSA) en 2021, como parte de sus políticas sectoriales puso en marcha el “Modelo de Cuidado Integral por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad”, con el propósito de contribuir con su implementación en todas las etapas del ciclo vital, considerando al individuo, su entorno familiar y comunitario. Dicho modelo incluye intervenciones dirigidas al AM, tales como la valoración clínica, el examen físico completo, la valoración nutricional, los problemas geriátricos y el apoyo familiar, para promover el autocuidado y el bienestar, y de esta manera evitar las caídas y propiciar un envejecimiento saludable [12].

De igual manera, la Red Integral de Salud Chota (RIS - Chota), ha venido enfatizando la realización de campañas de salud integral (tamizajes, exámenes clínicos, consejerías en nutrición, salud visual y mental, vacunación, activación física y orientación sobre prevención de caídas), con el fin de promover el autocuidado adecuado, lo que permitirá que los AM mantengan su independencia y reduzcan los riesgos de caídas [11, 13].

Un estudio realizado en la provincia de Chota reveló que el 58,3% de los AM presenta un nivel inadecuado de autocuidado, el 6,9% carece de capacidad de autocuidado y el 22,2% muestra un déficit total en este aspecto [13]. Este autocuidado deficiente se asocia con un mayor riesgo de caídas, un problema frecuente en este grupo poblacional, ya que estas pueden ocasionar consecuencias graves para su salud, lo que resalta la necesidad de mejorar su autocuidado.

Durante las prácticas preprofesionales realizadas en el Puesto de Salud de Cabracancha del distrito de Chota, se ha observado que pocos AM asisten a este establecimiento para su valoración clínica, la cual, según la normativa vigente, debe realizarse una o dos veces al año. Sin embargo, factores como la lejanía, la

dependencia funcional y la falta de tiempo dificultan el acceso regular a estos controles, especialmente aquellos orientados a la prevención y promoción de la salud. Entre los AM que acuden, se ha identificado con frecuencia un déficit de autocuidado, evidenciado en aspectos como una alimentación inadecuada, escasa higiene personal y presencia de enfermedades crónicas, lo que repercute negativamente en su estado de salud.

La pregunta propuesta para abordar el problema fue: ¿Cuál es la relación entre el autocuidado y el riesgo de caídas en el adulto mayor que acude al Puesto de Salud Cabracancha, Chota 2025?; la hipótesis alterna fue H1: Existe relación significativa entre el autocuidado y el riesgo de caídas en el adulto mayor que acude al Puesto de Salud Cabracancha, Chota 2025. El objetivo general fue determinar la relación entre el autocuidado y el riesgo de caídas en el adulto mayor que acude al Puesto de Salud Cabracancha, Chota 2025, y los objetivos específicos estuvieron orientados a caracterizar social y demográficamente a los adultos mayores que acuden al Puesto de Salud Cabracancha, Chota 2025, describir el autocuidado en el adulto mayor que acude al Puesto de Salud Cabracancha, Chota 2025, y determinar el riesgo de caídas en el adulto mayor que acude al Puesto de Salud Cabracancha, Chota 2025.

Las características sociodemográficas más frecuentes en los AM, fueron: edad entre 60 y 69 años, el 53,5% fueron mujeres, el 66,6% estaban casados, el 49,1% contaban con estudios de primaria y el 51,8% eran amas de casa. En cuanto al autocuidado, el 34,2% mostraron carencia de capacidad para autocuidado; en riesgo de caídas, el 45,6% tuvieron un nivel elevado. Se encontró relación significativa entre el grado de autocuidado y el riesgo de caídas, empleando el test exacto de Fisher, que presentó un valor de 36,763 y un p-valor de 0,001.

El estudio está estructurado en cinco capítulos. El Capítulo I incluye la introducción al tema de investigación y presenta el contexto y la problemática abordada. El Capítulo II corresponde al marco teórico, que sitúa el estudio dentro del cuerpo de saberes existentes. El Capítulo III incluye la metodología empleada, especificando los procedimientos de recopilación y análisis de datos. El Capítulo IV abarca los hallazgos obtenidos y su análisis respectivo, mientras que el

Capítulo V presenta las conclusiones derivadas de los resultados, las recomendaciones, así como las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

A nivel internacional

Pinto J.R. et al. (Venezuela, 2025) investigaron el “Riesgo de caída y factores predisponentes en Adultos Mayores”, cuyo objetivo fue evaluar el riesgo de caída y factores predisponentes en adultos a partir de 65 años. Investigación de enfoque cuantitativo, descriptivo y de corte trasversal; muestra de 100 AM. Los resultados revelaron que el 44% de AM tuvo riesgo de caída nivel moderado y el 29% riesgo alto. Entre los factores que predisponen a la caída, predominaron los medicamentos (74%), la dependencia funcional (63%), la sarcopenia (30%) y la pluripatología (22%). Además, el 79,3% de los pacientes institucionalizados tuvo riesgo de caída alto. Concluyeron que el riesgo de caída más frecuente fue el nivel moderado, seguido del riesgo alto [14].

González A.Y. et al. (Colombia, 2024) investigaron el “Riesgo de caídas y calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores no institucionalizados”, cuyo objetivo fue describir la calidad de vida relacionada con la salud en AM de la comunidad según el riesgo de caída. Estudio no experimental, descriptivo-relacional y trasversal; muestra de 35 AM. Los resultados mostraron que la edad media fue 70 ± 6 años, el 17,1% presentó alto riesgo de caídas y el 82,9% bajo riesgo de caídas. Concluyeron que la calidad de vida relacionada con la salud podría estar relacionada con el soporte familiar, la autonomía y condición de salud [15].

Vázquez S.D. et al. (México, 2024) investigaron la “Prevalencia de factores de riesgo para caídas en el adulto de 75 a 84 años de edad, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 53, León Guanajuato”, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de factores de riesgo para caídas en AM. Estudio no experimental, observacional, descriptivo y trasversal; muestra de 266 AM. Los resultados señalaron que el 60,5% fueron mujeres y el 39,5% hombres. El 57,5% no presentó predicción de caídas y el 42,5% tuvieron

alguna caída. El 65,8% toma más cuatro medicamentos diarios por lo que están predispuestos a sufrir algún tipo de caída. Concluyeron que los AM tienen prevalencia de riesgo de sufrir caída, y puede incrementarse al consumir medicamentos de manera diaria [16].

Silva, Y.A. et al. (Cuba, 2023) investigaron el "Estado del autocuidado en pacientes de la tercera edad de un consultorio médico habanero", cuyo objetivo fue caracterizar el estado del autocuidado en pacientes de la tercera edad de un consultorio médico. Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal; muestra de 72 AM. Los resultados evidenciaron que el 52,8% de varones presentó déficit parcial de autocuidado, mientras que en las mujeres alcanzó el 50%; el 60% del grupo etario de 71-80 años mostró déficit parcial de autocuidado; el 40,3% que manifestó déficit de autocuidado mantenía una percepción saludable sobre su estado de salud; el 33,3% que tuvo déficit parcial de autocuidado fue independiente. Concluyeron que más del 50% de los AM desarrollaron déficit parcial de autocuidado, siendo más frecuente en el grupo de 60-70 años [17].

Lozano, M.M. et al. (México, 2022), investigaron la "Capacidad de autocuidado en adultos mayores que radican en Morelia, Michoacán", cuyo objetivo fue determinar el nivel de autocuidado en los AM. Estudio cuantitativo, descriptivo, no experimental y transversal; muestra de 100 AM. Los resultados mostraron que el 56% de los participantes eran mujeres y el 37% tenía entre 71 y 80 años. En cuanto al nivel general de autocuidado, en el 42% era muy alto. Respecto a las dimensiones, en higiene el 71% mostró una capacidad de autocuidado muy alta; en alimentación, el 32% alcanzó un nivel muy alto; y en descanso, el 40% evidenció un autocuidado alto. Concluyeron que cerca de la mitad de los AM presentó niveles muy altos de autocuidado, con mayor predominio en las dimensiones de higiene, salud clínica, actividad física y alimentación, mientras que el descanso es de nivel alto [6].

A nivel nacional

Atanacio AT y Delgadillo MA. (Perú, 2024) investigaron los “Factores relacionados a riesgo de caídas en adultos mayores, que acuden al C.S 9 de octubre, Ucayali-2024”, cuyo objetivo fue determinar los factores relacionados a riesgo de caídas en AM. Investigación cuantitativa, correlacional, prospectivo y transversal, muestra de 108 AM. Los resultados revelaron que el 49,1% de los AM presentó riesgo de caída medio, el 30,6% bajo y el 19,4% alto. El 19,4% tuvo riesgo bajo de caídas en factores intrínsecos; y el 8,3% riesgo medio de caídas en factores extrínsecos. Concluyeron que existe relación significativa entre los factores intrínsecos y el riesgo de caídas en AM (prueba Chi cuadrado; $p < 0,050$) [18].

Huamani, SB. (Perú, 2022) investigó la “Capacidad funcional y el autocuidado en adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor, San Miguel - Perú 2021”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre capacidad funcional y el autocuidado del AM. Estudio de enfoque cuantitativo, con diseño no experimental, tipo descriptivo y de corte transversal; muestra de 120 AM. Los resultados muestran que el 31% tenía entre 70 a 74 años, 83% mujeres, 41% casados y 32% con estudios superiores. En cuanto a la capacidad funcional, el 36,8% presentó dependencia ligera; en el autocuidado, en la dimensión biológica, el 55,9% tenía autocuidado regular y en la dimensión psicosocial, el 61,0% también mostró autocuidado regular. Concluyó que no existe relación entre la capacidad funcional y el autocuidado en el AM (Spearman cuyo p-valor fue 0,060) [19].

Gómez, GL. (Perú, 2021) investigó el “Deterioro de la movilidad física y su influencia en el autocuidado del adulto mayor, La Libertad-Santa Elena, 2020 - 2021”, cuyo objetivo fue determinar la influencia del deterioro en la movilidad física. Estudio cuantitativo, no experimental, transversal y descriptivo; muestra de 62 AM. Los resultados identificaron que el 42% tenía entre 75 y 84 años, el 50% sin ningún tipo de estudios; el 89% padecía enfermedades crónicas y el 39% presentaba discapacidad ya sea física, visual o auditiva. El 50% tuvo dependencia leve, el 24% dependencia moderada y el 3% dependencia grave. En cuanto a movilidad, fue mala en el 64% y regular en el 34%. El 55% no

tenía conocimiento sobre autocuidado y 45% sí conocía. Concluyó que la movilidad articular y funcional de los AM presentó una calidad de movimiento mala, seguida por la regular [20]

Delgado RE y Guevara SM. (Perú, 2021) investigaron el “Riesgo de caídas en adultos mayores del centro geriátrico San Vicente de Paúl-Lima, 2021”, cuyo objetivo fue determinar el riesgo de caídas en AM. Estudio de enfoque cuantitativo, no experimental y transversal; muestra de 116 AM. Los resultados revelaron que el 60,3% fueron varones, el 65,5% tenía de 71 años a más, el 43,1% era divorciado. Respecto al riesgo de caídas, el 51,7% presentó riesgo alto, el 34,4% riesgo de caída y el 13,7% sin riesgo de caídas. Concluyeron que más de la mitad de los AM presentó un alto riesgo de caídas, lo cual conlleva a serias complicaciones que afectan su bienestar físico, psicológico y social [21].

Tafur, AM. (Perú, 2020) investigó la “Capacidad de autocuidado y prevención de caídas en el programa del adulto del hospital de Chancay, 2019-2020”, cuyo objetivo fue determinar la capacidad de autocuidado en la prevención de caídas en el AM. Estudio cuantitativo, descriptivo, no experimental y de corte transversal; muestra de 60 AM. Los resultados determinaron que del total de AM encuestados, el 20,0% presentaron un nivel de autocuidado no aceptable, el 55,0% un nivel poco aceptable y sólo el 25,0% un nivel aceptable. Concluyó que el autocuidado en prevención de caídas del AM es poco aceptable [22].

A nivel local

Bautista, LM. (Chota, 2022) investigó el “Deterioro cognitivo y autocuidado en el adulto mayor atendido en el puesto de salud Cuyumalca - Chota, 2021”, tuvo por objetivo determinar la relación entre deterioro cognitivo y autocuidado del (AM). Estudio cuantitativo, relacional, no experimental y corte transversal; muestra de 72 personas. Los resultados reportaron que el 63,9% presentó deterioro cognitivo leve y el 12,5% moderado; para el autocuidado el 58,3% autocuidado inadecuado, el 6,9% sin capacidad de autocuidado y el 22,2% con déficit de autocuidado total. Con respecto al autocuidado, el 57,1% tuvieron estado cognitivo normal y el 42,9% deterioro cognitivo leve. El 31,0% de AM que tuvieron autocuidado inadecuado mostró estado cognitivo normal.

Concluyó que existe relación entre el autocuidado y el estado (prueba Chi cuadrado de Pearson, con un valor $p=0,000$) [23].

2.2. Bases conceptuales

El estudio se fundamenta en la Teoría del Déficit de Autocuidado propuesta por Dorothea Orem en 1969 [24], una teoría general que se compone de tres teorías interrelacionadas: la Teoría del Autocuidado, la Teoría del Déficit de Autocuidado y la Teoría de los Sistemas de Enfermería.

La Teoría del Autocuidado define esta práctica como una actividad intrínseca y universal que toda persona realiza de manera consciente y deliberada para preservar su vida, mantener su estado de salud óptimo y promover su desarrollo integral y bienestar, constituyendo una función humana reguladora basada en un sistema de acciones fundamentado en la capacidad individual para la toma de decisiones [24].

No obstante, la población AM frecuentemente experimenta limitaciones en su capacidad para esta práctica debido a restricciones físicas, cognitivas o psicosociales vinculadas al proceso de envejecimiento. Por consiguiente, el profesional de Enfermería desempeña un rol fundamental como promotor de cuidado, brindando el soporte necesario al AM para compensar sus limitaciones cuando presenta déficits patológicos, carencia de conocimientos, deficiencias en las habilidades requeridas o ausencia de motivación [24].

La Teoría del Déficit de Autocuidado se refiere a aquellas situaciones en las que una persona no posee las capacidades necesarias para satisfacer sus propias necesidades de autocuidado, lo que genera una demanda de cuidados por parte de enfermería. Esta teoría contempla distintos niveles de dependencia, desde pacientes que requieren ayuda total como en el caso de personas cuadripléjicas hasta aquellos que necesitan asistencia parcial, en la que las actividades son realizadas conjuntamente entre el paciente y el profesional de Enfermería [24].

Cuando existe déficit de autocuidado, el profesional de enfermería puede compensarlo a través del sistema de enfermería ya sea totalmente compensatorio (el profesional de Enfermería asume por completo el cuidado del paciente), parcialmente (el profesional de Enfermería colabora con el AM, facilitando que este tome decisiones y participe en su autocuidado) y de apoyo educativo (el AM realizar las acciones de autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones). En tal sentido, los sistemas de Enfermería parcialmente compensatorios y de apoyo educativo, son pertinentes cuando el AM tiene los conocimientos y las habilidades necesarias [24].

La teoría de Orem se relaciona con el presente estudio, ya que plantea que, ante un déficit de autocuidado (afecciones, limitaciones físicas o deterioro cognitivo), el AM se vuelve más vulnerable a situaciones de riesgo, como la pérdida del equilibrio, la dificultad para moverse con seguridad o la incapacidad para identificar peligros en su entorno. Estas condiciones pueden derivar en caídas y lesiones. En este contexto, esta teoría propone que el profesional de Enfermería debe intervenir para suplir o fortalecer sus capacidades, enseñándole a gestionar su autocuidado de manera pertinente, con el fin de minimizar el riesgo de caídas y prevenir complicaciones relacionadas.

2.2.1 Autocuidado en el adulto mayor

A. Definición

Conjunto de decisiones y acciones que una persona realiza de forma voluntaria y consciente para mantener su salud, prevenir afecciones y promover su bienestar biopsicosocial. En el caso del AM, el autocuidado es fundamental para reducir el impacto de diversos factores biológicos, sociales y culturales que pueden afectar negativamente la calidad de vida en la vejez [25].

El MINSA lo define como aquella conducta que se basa en el cuidado responsable y voluntario en la prevención, reconocimiento y recuperación de las enfermedades promoviendo el bienestar y la

mejora en su calidad vida, adoptando cambios saludables, teniendo en cuenta que el envejecimiento es un proceso natural que deben mantener activa y saludable, mediante una buena alimentación y ejercicio [26].

B. Niveles de autocuidado

- **Autocuidado adecuado:** Es el grado en que un individuo participa de manera constante y consciente en conductas relacionadas con la salud, como la actividad física, alimentación, eliminación, descanso y sueño, higiene y confort, medicación, control de la salud y adicción de hábitos tóxicos. Adquiere una puntuación entre 21 y 24 puntos, demuestra que el individuo mantiene hábitos saludables de forma regular, demostrando responsabilidad y control sobre su propio bienestar [25, 26].

- **Autocuidado parcialmente adecuado:** Nivel en la que el individuo participa de forma incompleta o irregulares en sus prácticas de autocuidado. Adquiere una puntuación entre 16 y 20 puntos, esto significa que tienes algunos hábitos saludables, pero no son constantes ni suficientes para mantener una salud óptima. Es decir, el individuo debe potenciar y mejorar ciertas acciones relacionadas con su cuidado personal, la alimentación, la higiene, la relajación o la prevención de enfermedades [25, 26].

- **Autocuidado inadecuado:** Es cuando su puntuación en una escala estandarizada de valoración del autocuidado es 15 puntos o más. Este nivel señala una capacidad bastante restringida para llevar a cabo actividades fundamentales de cuidado personal, tales como la higiene, la movilidad, la alimentación, el cumplimiento del tratamiento y la gestión de la salud en general [25, 26].

- **Sin capacidad de autocuidado:** Situación en la que un individuo alcanza una puntuación total de 15 o menos en la escalade valoración del autocuidado y tiene al menos un área evaluada con 0

puntos. Este resultado señala una dependencia total en, por lo menos, un elemento esencial del autocuidado (como la movilidad, la higiene personal o la alimentación), lo que amenaza su autonomía y pone en peligro su bienestar físico y/o emocional [25, 26].

- **Déficit de autocuidado total:** Cuando logra una calificación de 0 en cuatro o más dimensiones de una escala de valoración del autocuidado. Este resultado muestra la falta total de capacidad para cubrir las necesidades básicas del cuidado personal, como la higiene, la alimentación, el vestido, la movilidad, la eliminación o el manejo del entorno [25, 26].

C. Componentes del autocuidado

- **La autoestima:** Es el valor que una persona tiene de sí misma, ya sea positivo o negativo. Implica aceptarse tal como es y constituye un factor protector en cualquier etapa de la vida, pues durante el envejecimiento tiende a verse afectado por factores como la soledad o el abandono [27].
- **El autoconcepto:** Es la descripción que cada individuo tiene sobre sus propios rasgos y características para definirse a sí mismo, diferenciándose de los demás respecto a cualidades, habilidades y emociones [28].
- **La autodeterminación:** Es la capacidad del AM para la toma de decisiones, otorgándole el derecho a decidir y asumir los riesgos derivados de sus elecciones en relación con su bienestar personal, independientemente de que estas decisiones generen conflictos con otros actores involucrados, tales como profesionales de la salud con sus objetivos terapéuticos, o familiares con sus roles protectores y dinámicas intergeneracionales [29].

D. Dimensiones del autocuidado

El autocuidado tiene ocho dimensiones, las que se detallan a continuación:

D.1. Actividad física

Es cualquier movimiento del cuerpo producto de la contracción del músculo estriado esquelético con gasto de energía. Esta actividad es esencial para las tareas cotidianas, el traslado y recreación durante el ciclo de vida; sin embargo, en el AM cobra especial relevancia, debido a que muchas veces predomina la inactividad física, afectando de manera negativa la capacidad para realizar sus actividades básicas de la vida diaria de manera independiente. Por el contrario, la práctica regular de actividad física contribuye a mejorar el equilibrio y a reducir de manera significativa las caídas y sus consecuencias [30].

D.2. Alimentación

Es un proceso voluntario a través del cual las personas ingieren los alimentos con la finalidad de obtener los nutrientes necesarios para el adecuado funcionamiento del cuerpo. Sin embargo, durante el envejecimiento este proceso muchas veces se deteriora debido a modificaciones metabólicas y funcionales que pueden afectar el estado nutricional. Por ello, una alimentación variada y rica en proteínas frutas y verduras resulta esencial para satisfacer sus necesidades nutricionales [31].

D.3. Eliminación

Es el proceso a través el cual el organismo elimina los desechos mediante el sistema digestivo y sistema urinario. Esta actividad fisiológica permite mantener el equilibrio del cuerpo y eliminar los desechos; sin embargo, con el

envejecimiento, esta función puede alterarse debido a la falta de control y relajación de los esfínteres [31].

D.4. Descanso y sueño

Es un estado fisiológico en el que se reduce la actividad física y mental, la persona experimenta relajación, ausencia de ansiedad y calma corporal. A mayor edad, disminuye progresivamente la capacidad para mantener el sueño. En esta etapa resulta difícil dormir sin interrupciones, además se manifiesta somnolencia diurna y períodos prolongados de vigilia [32].

D.5. Higiene y confort

Comprende el conjunto de actividades que realiza el AM con el objetivo de preservar su salud y bienestar. Esta dimensión incluye el mantenimiento de la piel limpia, seca y libre de impurezas, con el fin de prevenir infecciones, irritaciones u otras patologías cutáneas que puedan comprometer su estado de salud [33].

D.6. Medicación

Es el consumo de fármacos por el paciente. Al tener una edad avanzada también incrementan las enfermedades crónicas degenerativas y el consumo de medicamentos, por ende, el elevado uso de estos tratamientos afecta su autocuidado [34].

D.7. Control de la salud

Son revisiones periódicas de las personas en los establecimientos de salud, siendo fundamental el fortalecimiento de las capacidades del personal de salud de las instituciones y autoridades de salud para garantizar una apropiada vigilancia y control de riesgos, incluyendo el tratamiento de las distintas enfermedades [35].

D.8. Adicciones hábitos tóxicos

Consumo de sustancias que actúan sobre el sistema nervioso, como el tabaco y el alcohol, pueden deteriorar la salud integral de la persona. Un buen estado de salud no solo implica la ausencia de enfermedades, sino también el bienestar físico, mental y social. Por ello, es importante evitar su consumo, así como otros hábitos nocivos como la inactividad física y una alimentación no balanceada con el fin de preservar la calidad de vida [36].

E. Factores determinantes del autocuidado

El estilo de vida está determinado por factores internos y externos que influyen directamente en el estado de salud de una persona. Entre los factores internos se encuentran el conocimiento, la voluntad y las actitudes, mientras que los factores externos se refieren a las condiciones sociales, culturales y económicas que pueden facilitar o dificultar la adopción de hábitos saludables [37]; estos se reflejan en conductas habituales que incluyen:

E.1. Conocimiento

Se refiere a la capacidad del individuo para adoptar hábitos saludables o, por el contrario, conductas de riesgo, en función de la información que posee sobre su salud.

E.2. Voluntad

Está relacionada con las creencias y valores adquiridos a lo largo de la vida, los cuales influyen en la toma de decisiones orientadas al autocuidado.

E.3. Actitudes

Son las disposiciones personales que determinan comportamientos que pueden favorecer o perjudicar el bienestar físico y emocional [37].

F. Importancia del autocuidado

Es fundamental el cuidado y conocimiento acerca del AM, ya que esto constituye una prioridad para reducir el riesgo de complicaciones, mantener una vida saludable y favorecer el correcto funcionamiento de su organismo. El autocuidado se basa en la repetición constante de prácticas personales que contribuyen al bienestar emocional, físico y mental. Asimismo, fortalece el sistema inmunológico y promueve una mejor autoestima, lo que ayuda a reducir la ansiedad y mejorar el estado general de salud del AM. Por lo tanto, el autocuidado debe ser un esfuerzo colectivo que involucre a los distintos actores de la comunidad [38].

Para lograr un autocuidado adecuado, los AM y las comunidades deben desarrollar las siguientes capacidades [39]: autosuficiencia, empoderamiento, autonomía, responsabilidad y participación.

G. Actividades que contribuyen a mejorar el autocuidado

Cuidarse a sí mismo y adoptar hábitos saludables para prevenir enfermedades, son aspectos básicos que contribuyen a lograr un bienestar adecuado. Ante ello, es necesario considerar las siguientes actividades [37]:

G.1. Ser responsable en la salud

Estar atento a la propia salud, informarse y educarse en salud son necesarios para buscar ayuda profesional.

G.2. Actividad física

Referido a actividades cotidianas, como caminar, correr, practicar deporte, las cuales son indispensables para evitar enfermedades.

G.3. Alimentación

Este proceso corresponde a los alimentos que consume diariamente el AM, que deben ser variados y saludables para

proporcionar la energía necesaria y mantener un buen estado de salud.

G.4. Cuidado personal

Mantener una buena higiene es fundamental para prevenir enfermedades, tanto en el hogar como en el trabajo y en la comunidad.

G.5. Consumo de alcohol

La ingesta de estas sustancias afecta al sistema nervioso y altera el comportamiento, influye de forma negativa en la salud y bienestar del AM.

2.2.2 Riesgo de caídas en el adulto mayor

A. Definición

Es la probabilidad de que una persona sufra una caída, situación común en el AM. Esto genera dificultad para mantenerse sentado, acostado o de pie, lo que puede ocasionar golpes, fracturas e incluso la muerte. Las caídas son un indicador de fragilidad en el AM y su frecuencia aumenta con la edad. Las consecuencias son graves, especialmente en personas mayores de 85 años, en quienes la incidencia anual en la comunidad alcanza el 30%; mientras que en el rango de 60 a 79 años, dicha incidencia es menor [40].

B. Clasificación de las caídas

Se clasifican en tres tipos, como se describe a continuación [41]:

B.1. Caídas accidentales

Son eventos involuntarios e impredecibles, que no se atribuyen a la persona, sino que resultan de factores externos como la poca iluminación, el desorden, presencia de obstáculos que provocan tropiezos o la ausencia de barandas para sostenerse.

B.2. Caídas fisiológicas anticipadas

Son caídas previsibles que se originan por tropiezos o resbalones, especialmente en personas con antecedentes de caídas, dificultades cognitivas o alteraciones para caminar.

B.3. Caídas fisiológicas no anticipadas

Son aquellas que ocurren por primera vez sin ser esperadas ni predecibles, cuyo objetivo es identificar y prevenir que se repitan, como en casos de desmayos o episodios epilépticos.

C. Dimensiones o componentes de las caídas

C.1. Equilibrio

Es la destreza para mantenerse estable frente a la gravedad y los movimientos. Esta habilidad es esencial para llevar a cabo las actividades diarias de manera segura y eficiente. Entre sus indicadores se encuentran: el equilibrio en posición sentada, la capacidad para levantarse o intentar hacerlo, el equilibrio inmediato tras incorporarse, el mantenimiento del equilibrio en bipedestación, la respuesta a un empujón, la estabilidad con los ojos cerrados, la realización de un giro de 360° y el acto de sentarse [42].

C.2. Marcha

La velocidad de la marcha es un elemento significativo para mantener la independencia funcional. Su deterioro se refleja en una disminución de la actividad física y un compromiso del equilibrio, lo que puede acarrear consecuencias graves para la salud. Entre sus indicadores se incluyen: el inicio de la marcha, la longitud y altura del paso, la simetría y continuidad de los pasos, la trayectoria, así como la posición del tronco y la postura durante la marcha [43].

D. Factores que llevan a una caída

Existen dos factores, los extrínsecos e intrínsecos, como se detallan a continuación [44]:

- **Factores intrínsecos**

El envejecimiento afecta sistemas relacionados con el equilibrio, como la visión, la fuerza muscular y la velocidad. Además, el uso de medicamentos y enfermedades agudas o crónicas aumentan el riesgo de caídas.

- **Factores extrínsecos**

Proviene del entorno y aumentan el riesgo de caídas, por lo que se requiere un mayor control de la postura y el movimiento, especialmente en ambientes no familiares.

E. Complicaciones o consecuencias de las caídas

Las caídas en las personas mayores pueden generar consecuencias físicas, económicas y sociales, además de estar asociadas a un alto nivel de mortalidad. Entre las principales secuelas figuran: heridas, desgarros, contusiones, fracturas, traumatismos craneoencefálicos, torácicos y abdominales [45].

F. Recomendaciones para evitar caídas en los adultos mayores

Dentro de estas se incluyen [46]:

- Una buena iluminación en casa y evitar que el AM camine por lugares oscuros.
- Adecuar la casa para el AM, colocando barandas o manijas en los lugares necesarios.
- Usar el calzado adecuado para esta edad, sin tacones o evitar caminar descalzos.
- Acudir al centro de salud más cercano en caso de presentar caídas.

2.2.3 Adulto mayor

A. Concepto

Se considera AM a toda persona de 60 años o más. Esta población cuenta con derechos protegidos constitucionalmente, así como con responsabilidades tanto hacia sí misma como hacia su familia [47].

B. Clasificación del adulto mayor

Según el MINSA, el AM se clasifica, en [48]:

B.1. Persona adulta mayor activa saludable

Es la persona sin antecedentes de riesgos, no manifiesta signos ni síntomas referentes a patologías, cuyo examen físico es satisfactorio. El objetivo en este grupo es enfocarse en la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

B.2. Persona adulta mayor enferma

Persona que tiene algún grado de afección. El objetivo en este grupo es enfocarse en el cuidado del daño, rehabilitación y acciones preventivas.

B.3. Persona adulta mayor frágil

Persona que cumple dos o más de las siguientes características:

- Edad: más de 80 años.
- Es dependiente parcialmente.
- Deterioro cognitivo leve o moderado.
- Manifestaciones depresivas.
- Ha sufrido una caída en el mes o más de una caída en el año.
- Tienes más de tres enfermedades crónicas.
- Consume más de tres fármacos por patologías.
- Hospitalización en los últimos 12 meses.

El objetivo en este grupo se enfoca en la prevención y la atención según el daño o ser referido a un establecimiento de salud de mayor complejidad.

B.4. Paciente geriátrico complejo

Persona que presenta más de tres de las siguientes características:

- Más de 80 años.
- Más de tres enfermedades crónicas.
- Deterioro cognitivo severo.
- Paciente terminal.

El objetivo principal en este grupo etario es brindar atención con un enfoque asistencial, terapéutico y rehabilitador, orientado a preservar y mejorar su calidad de vida.

2.3. Definición de términos básicos

2.3.1. Adulto mayor

Se refiere a toda persona, hombre o mujer, que ha superado los 60 años de edad. También se les conoce como personas de la tercera edad [49].

2.3.2. Autocuidado

Capacidad que tiene la persona, familia y comunidad en promover hábitos saludables para prevenir y combatir las enfermedades sobre todo no transmisibles [50].

2.3.3. Riesgo de caídas

Es el aumento de la probabilidad de caerse, lo que puede causar daño físico [51].

2.3.4. Envejecimiento

Proceso gradual, continuo, natural, multifacético e irreversible, caracterizado por múltiples cambios de tipo biológico, psicológico y social. Consiste en el desarrollo y mantenimiento de funciones y capacidades que permiten conservar un buen estado de salud en la edad avanzada [52].

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Ámbito de estudio

El estudio se realizó en el distrito de Chota, es uno de los 19 distritos que conforman la provincia de Chota, se encuentra en el departamento de Cajamarca, al norte del Perú. Limita por el norte con Chiguirip y Conchán; por el oeste con el Lajas; por el sur con Bambamarca, y por el este con Chalamarca. Está ubicado en el centro de la provincia, región andina norte del Perú, en la meseta de Acunta a 2,388 msnm y a 150 km al norte de Cajamarca [53].

Específicamente se ejecutó en el Puesto de Salud Cabracancha, ubicado en dicha comunidad, es un establecimiento de categoría I-2 sin internamiento, es parte de la Red Integral de Salud (RIS - CHOTA). Su enfoque de trabajo se orienta a la integridad de las personas, impulsa la salud, fomenta la prevención de las enfermedades y afianza el cuidado integral de salud los habitantes de la comunidad de Cabracancha. Brinda y guía los fines de las políticas sanitarias en concertación con todos los sectores públicos y diversos actores sociales. El horario de atención es de lunes a sábado de 8:00 am a 17:00 pm. Actualmente, cuenta con diez profesionales de salud: un médico cirujano, tres licenciados en Enfermería, tres técnicos en Enfermería, un técnico en laboratorio, un odontólogo y un técnico en farmacia [54].

3.2. Diseño de investigación

El diseño fue no experimental (observacional), porque no hubo intervención del investigador; de enfoque cuantitativo, dado el uso de estadística basada en mediciones y observaciones; nivel relacional, al establecer la relación entre variables (autocuidado y riesgo de caídas en el AM) y de corte transversal, ya que la información se recolectó en un solo momento [55].

3.3. Hipótesis

H_i: Existe relación significativa entre el autocuidado y el riesgo de caídas en el adulto mayor que acude al Puesto de Salud Cabracancha, Chota 2025.

H_o: No existe relación significativa entre el autocuidado y el riesgo de caídas en el adulto mayor que acude al Puesto de Salud Cabracancha, Chota 2025.

3.4. Población, muestra y unidad de estudio

La población estuvo conformada por todas las personas AM que contaron con Seguro Integral de Salud (SIS) pertenecientes al Puesto de Salud Cabracancha, siendo un total de 163. La unidad de estudio lo constituyó cada uno de los AM que se atendió en este establecimiento de salud. Para obtener la muestra se utilizó la siguiente fórmula [56]:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{N \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

N= 163 (Población AM asegurada en el Puesto de Salud Cabracancha).

Z=1,96 (Valor probabilístico de confiabilidad al 95,0%).

p=0,42 (Proporción AM asegurada en el Puesto de Salud Cabracancha).

q=0,58 (Proporción de AM no asegurado en el Puesto de Salud Cabracancha)

e=0,05 (error máximo permitido).

n= 114 AM.

Se empleó un muestreo aleatorio simple, en el cual todos los AM que integraban la población tenían la misma posibilidad de ser elegidos para participar en el estudio, siempre que cumplieron con los criterios de inclusión previamente establecidos. Esta modalidad de muestreo aseguró la representatividad del grupo y minimizó posibles sesgos en la elección de los participantes.

Los criterios que se tuvieron en cuenta para que los AM sean incluidos en la investigación fueron:

Criterios de inclusión:

- AM de 60 años a más edad.
- AM con cualquier grado de instrucción.
- AM que estuvieron asegurados en el Puesto de Salud Cabracancha.
- AM que firmaron el consentimiento informado.
- AM con cognición, audición y agudeza auditiva conservable.

Criterios de exclusión:

- AM que no estuvieron asegurados en el Puesto de Salud Cabracancha.
- AM con imposibilidad de tipo visual o auditiva.
- AM que no pudieron caminar o que mostraron problemas para hacerlo.
- AM que no firmaron el consentimiento informado.

3.5. Operacionalización de variables

Variables: Autocuidado y riesgo de caídas en el AM.

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Valor final
Autocuidado en el adulto mayor	Conjunto de decisiones y acciones que una persona realiza de forma voluntaria y consciente para mantener su salud, prevenir afecciones y promover su bienestar biopsicosocial [25].	Actividad física	<ul style="list-style-type: none"> - Puede movilizarse sin ayuda. - Participa en grupos. - Práctica ejercicios físicos. - Camina. 	Autocuidado adecuado: De 21 a 24 puntos.
		Alimentación	<ul style="list-style-type: none"> - Prepara alimentos y sin ayuda. - Tiene establecido horario. - Prefiere alimentos sancochados que fritos. - Consume dieta adecuada. 	Autocuidado parcialmente adecuado: De 16 a 20 puntos.
		Eliminación	<ul style="list-style-type: none"> - Controlar sus esfínteres y realizar sus deposiciones sin ayuda. - Patrón intestinal diario regular. - Mira sus deposiciones. - Ingiere agua entre las comidas. 	Autocuidado inadecuado: Con 15 o más puntos.
		Descanso y sueño	<ul style="list-style-type: none"> - Controla su periodo de descanso y sueño. - Descansa sin dormir después. - Se va a la cama en un horario fijo. - Duerme horas necesarias. 	Sin capacidad de autocuidado: Con 15 puntos o menos, pero con al menos 1 dimensión evaluada de 0.
		Higiene y confort	<ul style="list-style-type: none"> - Realiza higiene y mantiene confort. - Se baña diariamente y horario establecido. - Se lava las manos antes y después de comer. - Usa toalla independiente. 	
		Medicación	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo de sus medicamentos. - Cumple tratamiento. - Toma medicamento indicado por el médico. - Consulta antes de tomar medicamento. 	Déficit de autocuidado total: Con 0 en más de 4

		Control de la salud	<ul style="list-style-type: none"> - Tiene control sobre su salud. - Controla su peso. - Conoce la frecuencia de sus consultas. - Realiza autochequeos periódicos en casa. 	dimensiones evaluadas.
		Adicción de hábitos tóxicos	<ul style="list-style-type: none"> - Puede mantenerse sin hábitos tóxicos. - Controlar la cantidad del tóxico que consume. - Tiene hábito tóxico, pero intenta deshacerse. - Tiene más de un hábito tóxico, pero intenta dejarlos. 	
Riesgo de caídas en el adulto mayor	Es la probabilidad de que una persona sufra una caída, situación común en el AM. Esto genera dificultad para mantenerse sentado, acostado o de pie, lo que puede ocasionar golpes, fracturas e incluso la muerte. [40].	Equilibrio	<ul style="list-style-type: none"> - Equilibrio sentado. - Levantarse. - Intento de levantarse. - Equilibrio inmediato al levantarse. - Equilibrio en Bipedestación. - Empujón. - Ojos cerrados. - Giro de 360°. - Sentarse. 	Riesgo alto de caídas: <19 puntos. Riesgo de caídas: 20–23 puntos. No riesgo de caídas: >24 puntos.
		Marcha	<ul style="list-style-type: none"> - Comienza la marcha. - Longitud y altura del paso. - Simetría del paso. - Continuidad de los pasos. - Trayectoria. - Tronco. - Postura en la marcha. 	

3.6. Descripción de la metodología

3.6.1. Métodos

Técnica de recolección de datos

La técnica utilizada en la investigación fue la encuesta presencial, autoadministrada por los AM; es de carácter anónimo y sincrónica [53]; la misma que permitió recaudar información relacionada al autocuidado y riesgo de caídas en el AM; también facilitó recabar información respecto a las características sociodemográficas de dicho grupo etario.

Procedimiento de recolección de datos

Primero, se remitió una solicitud formal al jefe del Puesto de Salud de Cabracancha, detallando el propósito del estudio, con el fin de obtener la autorización correspondiente y acceder al padrón nominal de los AM. Posteriormente, se programó una reunión con los AM para explicarles en qué consiste el estudio. Los AM que formaron parte de la muestra y cumplieron con los criterios de inclusión firmaron el consentimiento informado. Finalmente, se procedió a la recolección de la información en el establecimiento de salud. En caso de que algunos AM no se encontraron presentes, se coordinó una visita domiciliaria para completar la recolección de datos.

3.6.2. Materiales

Instrumentos de medición

En la investigación se emplearon dos instrumentos, que se describen a continuación:

El primer instrumento fue el “Test de Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor (CYPAC-AM)” [57], cuyo autor original es Millán, I. (2010), consta de ocho dimensiones (Anexo 02) sistematizadas de las letras A hasta la H, y son: actividad física, alimentación, eliminación, descanso, sueño, higiene, confort, medicación, control de salud y adicciones y hábitos tóxicos. Cada dimensión consta de cuatro preguntas; la pregunta 1 de cada dimensión está formada por dos incisos (si o no) y las preguntas 2, 3 y 4 por tres incisos, con un valor máximo de 24 puntos y un valor mínimo de 0.

La norma de evaluación del instrumento es la pregunta 1 de cada dimensión y determina el nivel de independencia o no para realizar esa actividad.

- Si la respuesta es negativa, la persona es dependiente y se colocará el valor cero en esa dimensión.
- Si la respuesta es positiva, la persona es independiente para esa actividad y se miden los otros indicadores.
- Si hay tres respuestas positivas se considera el autocuidado para esa dimensión como adecuado (3 veces sí) y se le da una puntuación de 3.
- Si hay dos o más respuestas positivas y ninguna respuesta negativa, se considera el autocuidado para esa dimensión como adecuado y se le da una puntuación de 3 (dos respuestas positivas y una intermedia (a veces).
- Si hay dos o más respuestas intermedias (a veces), se considera el autocuidado para esa dimensión parcialmente adecuado y se le da una puntuación de 2 (dos respuestas intermedias con una positiva o una negativa).
- Si hay de una a más respuestas negativas (con respuestas negativas o positivas), se considera el autocuidado para esa dimensión como inadecuado y se le da una puntuación de 1 [57].

Los rangos de puntuación fueron:

- Entre 21 y 24 puntos: Autocuidado adecuado; entre 16 y 20 puntos: autocuidado parcialmente adecuado; con un puntaje de 15 o menos: autocuidado inadecuado.
- Con 15 puntos o menos, pero con al menos una dimensión evaluada de 0: Sin capacidad de autocuidado o déficit parcial; con 0 en más de cuatro categorías evaluadas: Déficit de autocuidado total [57].

El segundo instrumento fue la Escala de Mary Tinetti (Anexo 02) para medir riesgo de caídas en el AM, la escala consta de dos subescalas (marcha y equilibrio). La primera es el equilibrio que evalúa el equilibrio sentado, el equilibrio al levantarse, equilibrio inmediato al levantarse, el intento de levantarse, en bipedestación, con ojos cerrados, al giro de 360° y el equilibrio

al sentarse; la segunda es la marcha que evalúa el inicio de esta, la altura del paso y longitud, la continuidad y simetría de los pasos, la trayectoria, el tronco y la postura en la marcha. El puntaje total es de 28 puntos, los criterios de valoración son: (alto riesgo de caídas: puntaje menor a 19 puntos; riesgo de caídas: 20 – 23 puntos y no tiene riesgo de caídas: mayor a 24 puntos) [58].

Con la finalidad de adecuar las preguntas de los instrumentos al contexto del estudio, se realizó la validación de los instrumentos con 4 jueces expertos, licenciados en Enfermería con experiencia en el área asistencial e investigación, quienes realizaron algunas sugerencias para mejorar el contenido del test de capacidad y percepción de autocuidado del AM. La validez de contenido fue estimada mediante el coeficiente V de Aiken, para el test de capacidad y percepción de autocuidado del AM la proporción general entre jueces fue de 0,90 (adecuación=0,90; suficiencia=0,90; pertinencia=0,90; relevancia=0,90; y claridad=0,90). Para la Escala de Tinetti (equilibrio y marcha) la proporción general entre jueces fue de 1,00 (adecuación=1,00; suficiencia=1,00; pertinencia=1,00; relevancia=1,00; y claridad=1,00). La confiabilidad para el test de capacidad y percepción de autocuidado del AM alcanzó un KR-20 = 0,734 y para la Escala de Tinetti KR-20 = 0,780, mediante una prueba piloto con 20 AM del Puesto de Salud Cuyumalca, ubicado en el distrito y provincia de Chota.

3.7. Procesamiento y análisis de datos

El procesamiento de la información se realizó de forma electrónica, una vez concluida la fase de recolección de datos. Posteriormente, esta fue ingresada a un software estadístico. La información se organizó en función de las variables del estudio: autocuidado y riesgo de caídas en el AM, además de las características sociodemográficas, entre ellas: edad, sexo, estado civil, grado de instrucción y ocupación.

Para el análisis de los datos se empleó estadística descriptiva mediante frecuencias absolutas y relativas, lo que permitió caracterizar a la población estudiada según sus variables sociodemográficas, nivel de autocuidado y riesgo de caídas. En cuanto a la estadística inferencial, se utilizó la prueba Chi

cuadrado razón de verosimilitud para establecer la relación entre las variables de autocuidado y el riesgo de caídas. Los resultados se presentan en tablas de contingencia y se interpretaron los datos más significativos con un nivel de confianza del 95%.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Características sociodemográficas de los adultos mayores del Puesto de Salud Cabracancha, Chota 2025

Tabla 1. Características sociodemográficas de los adultos mayores del Puesto de Salud Cabracancha, Chota 2025

Características	N	%
Edad		
60 a 69 años	57	50,0
70 a 79 años	33	28,9
80 a más años	24	21,1
Género		
Masculino	53	46,5
Femenino	61	53,5
Estado civil		
Casado (a)	76	66,6
Divorciado (a)	2	1,8
Soltero (a)	19	16,7
Viudo (a)	17	14,9
Grado de instrucción		
Iletrado (a)	52	45,6
Primaria	56	49,1
Secundaria	5	4,4
Superior técnico	1	0,9
Ocupación		
Ama de casa	59	51,8
Agricultor	38	33,3
Comerciante	17	14,9

Fuente: Test de CYPAC-AM: Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor

La Tabla 1 muestra las características sociodemográficas de los AM. Se observa que el grupo de edad más común corresponde a los individuos de 60 a 69 años (50,0 %). El 53,5% corresponde a mujeres, el 66,6% está casado, el 49,1% obtuvo educación primaria y el 51,8% se ocupa de tareas del hogar como amas de casa.

Los resultados señalan que la mayoría de las personas AM fueron mujeres en comparación con el grupo de la tercera edad, con educación principalmente primaria y un trabajo no remunerado enfocado en la casa. Esta información indica un perfil sociodemográfico en el que predominan las mujeres casadas, con un nivel educativo bajo y una vida laboral enfocada en el entorno hogareño.

La mayoría de las personas AM tienen entre 60 y 69 años, lo que sugiere que la mayoría se encuentran en la etapa inicial de la vejez. A diferencia de la investigación de Lozano et al. [6], quienes identificaron que la mayoría de los participantes AM en la investigación tenía entre 71 y 80 años; de igual manera, la investigación de Huamani [19] mostró que el 31% tenía entre 70 y 74 años. El hallazgo de la investigación sugiere que la edad puede influir positivamente en su habilidad para el autocuidado, dado que, en esta fase, suelen mantener niveles superiores de autonomía, fortaleza física y destrezas funcionales, condiciones que facilitan llevar a cabo tareas diarias sin necesidad de asistencia.

Los hallazgos del presente estudio difieren de los resultados reportados por Gómez [20], quien encontró que el 42 % de los AM tenía entre 75 y 84 años, así como del estudio de Delgado y Guevara [21], en el cual el 65,5% de los participantes eran personas mayores de 71 años. Estas discrepancias indican que el grupo de AM está formado por una población relativamente más joven en la muestra de este estudio, lo que podría manifestarse en condiciones funcionales superiores, mayor habilidad para el autocuidado y menor riesgo de caídas, en contraste con los grupos de edad más avanzados de las investigaciones mencionadas. Esta fluctuación de edad es significativa al analizar los grados de autonomía, movilidad y requerimientos preventivos en salud, particularmente en campos como el autocuidado y la prevención de caídas, que suelen deteriorarse gradualmente con el paso del tiempo

El sexo se refiere a los rasgos biológicos y físicos que distinguen a las mujeres de los hombres. En esta investigación, se notó que la mayoría de los participantes de edad avanzada son mujeres, lo que evidencia una mayor presencia de mujeres en la población analizada. Este hallazgo concuerda con la proyección del INEI [61], que estima que para el 2025 la población de AM en Perú llegará a cinco millones de individuos, siendo el 52,5% perteneciente al género femenino y el 47,5% al masculino.

En el contexto del estado civil, este se refiere a la relación del AM con su familia y colectividad, definida por sus vínculos de parentesco y convivencia dentro del núcleo familiar. Desde esta perspectiva, se definen derechos y obligaciones validados por el entorno en el que se desenvuelven. En ese escenario, la mayoría de los AM son casados. Resultado parecido al reportado por el INEI, en el cual el 58,1% de este colectivo está casado o en pareja, el 23,4% son viudos y el 18,5% están divorciados, separados o solteros [61].

Al compararlo con otros estudios, el reporte de Huamani [19] es similar al encontrado, quien reportó que el 41% de las personas mayores eran casadas, pero diferente al reporte de Delgado y Guevara [21], quienes mostraron que el 43,1% de los AM participantes en la investigación eran divorciados. Estas variaciones en el estado civil pueden afectar directamente el riesgo de caídas y la habilidad para el autocuidado, dado que contar con una pareja o red de soporte favorece la supervisión, el acompañamiento y la prevención de accidentes en la vejez.

El matrimonio puede ofrecer un sólido sistema de respaldo social y emocional, lo que resulta beneficioso no solo para la salud mental y el bienestar integral, sino también para el autocuidado en la etapa de la ancianidad. La compañía de una pareja podría ayudar a mantener rutinas de higiene, alimentación, medicación y ejercicio, fomentando de esta manera una mejor gestión de la salud. Además, este apoyo ayuda a disminuir la probabilidad de sufrir caídas, dado que la presencia de un esposo puede promover ambientes más seguros, identificar señales de deterioro funcional de forma oportuna y proporcionar ayuda en actividades que requieran movilidad [62]

La mayor parte de los AM presentó un nivel educativo bajo, sobresaliendo aquellos con educación primaria e incluso condición de iletrados. Este nivel educativo restringido representa un factor de riesgo significativo tanto para la falta de autocuidado como para el peligro de sufrir caídas. Estudios indican que una educación menor está vinculada con una comprensión reducida de las indicaciones médicas, un bajo entendimiento de las prácticas de autocuidado y un menor cumplimiento de medidas preventivas vinculadas a la salud. Igualmente, la ausencia de educación formal puede obstaculizar la implementación de hábitos saludables, la correcta utilización de fármacos y la detección precoz de señales de deterioro físico o mental, incrementando la posibilidad de sucesos adversos como caídas [62, 63].

Por otro lado, el hecho de que un gran número de personas AM tenga como ocupación principal amas de casa constituye una circunstancia que merece ser considerada. Aunque estas tareas conllevan obligaciones diarias, la ausencia de estimulación cognitiva continua podría impactar de manera adversa en la salud mental con el transcurso del tiempo. Una investigación indicó que las habilidades físico-cognitivas están íntimamente vinculadas con el autocuidado, y sostiene que este efecto se atribuye a la práctica constante y al fortalecimiento de sus capacidades mediante actividades que exigen planificación, solución de problemas y toma de decisiones, factores que no siempre se encuentran de manera constante en las labores cotidianas del hogar [64, 65].

4.2. Autocuidado en el adulto mayor que acude al Puesto de Salud Cabracancha, Chota 2025

Tabla 2. Nivel de autocuidado en el adulto mayor que acude al Puesto de Salud Cabracancha, Chota 2025

Autocuidado	N	%
Parcialmente adecuado	35	30,7
Inadecuado	35	30,7
Sin capacidad de autocuidado	39	34,2
Déficit de autocuidado	5	4,4
Total	114	100,0

Fuente: Test de CYPAC-AM: Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor

La Tabla 2 revela que el 34,2% de las personas de edad avanzada muestran carencia de capacidad para autocuidado, mientras que el 30,7% exhibe un autocuidado parcialmente apropiado, el 30,7% un autocuidado inadecuado, y el 4,4% muestra un déficit significativo en este campo. Los hallazgos revelan que, entre la población analizada, hay una tendencia notable hacia niveles bajos o insuficientes de autocuidado.

En cuanto a lo mencionado, hay antecedentes globales que muestran resultados opuestos a los de esta investigación. Silva et al. [17] encontraron que el 51,4% de los AM tenía una falta parcial de autocuidado. Esto se corresponde parcialmente con la tendencia que se ha visto en este estudio actual, respecto a la existencia importante de restricciones en el autocuidado. Sin embargo, su clasificación como "déficit parcial" indica una mayor autonomía en relación con los niveles bajos o insuficientes identificados en el estudio.

Por otro lado, los hallazgos de Lozano et al. [6] mostraron que un 42% de los AM tenían un elevado nivel de autocuidado, especialmente en aspectos esenciales como la higiene, la nutrición y el descanso. Esta disparidad puede deberse a factores relacionados con el contexto, como la calidad de educación, la

disponibilidad de servicios sanitarios, las redes de apoyo social o el método que se utiliza para medir el autocuidado. Asimismo, el nivel de funcionalidad y la existencia de enfermedades crónicas en las muestras comparadas podrían tener un efecto.

Estas variaciones podrían justificarse por elementos contextuales, tales como el acceso a servicios sanitarios, la educación, el estatus socioeconómico o el ambiente familiar y social de los AM en cada nación o región. Además, evidencian la importancia de considerar al autocuidado como un proceso afectado por diversas dimensiones, tanto individuales como sociales, que influyen directamente en la calidad de vida [6, 17].

Asimismo, existen investigaciones nacionales cuyos hallazgos varían con relación al presente estudio. Tal es el caso del trabajo de Huamani [19], quien determinó que, en el aspecto biológico del autocuidado, el 55,9% de las personas de edad avanzada mostraba un nivel de autocuidado regular, mientras que, en el aspecto psicosocial, el 61,0% también exhibía un autocuidado regular. En cuanto al estudio de Tafur [22], indicó que el 20,0% de las personas AM mostraban un nivel de autocuidado no aceptable, el 55,0% un nivel poco aceptable y únicamente el 25,0% alcanzaba un nivel aceptable. Estas variaciones demuestran que el autocuidado en la tercera edad cambia considerablemente dependiendo del entorno.

El hecho de que los AM muestren una falta de autocuidado podría estar relacionado con una variedad de factores biopsicosociales que inciden negativamente en su habilidad para llevar a cabo, por sí mismas, las tareas fundamentales del día a día. La inactividad física es uno de los factores detectados, esta no solo restringe la movilidad funcional, sino que también tiene un efecto directo en el equilibrio, la fuerza muscular y la prevención de caídas, poniendo así en riesgo la independencia y la seguridad del adulto mayor [30]. Además, la ausencia de actividad física regular está vinculada con un empeoramiento general del estado de salud, lo que incluye el agravamiento de dolencias crónicas como la hipertensión, la diabetes y la artrosis, las cuales limitan aún más la autonomía.

El deterioro de los hábitos alimenticios es otro aspecto importante, que a menudo está influenciado por cambios fisiológicos que se dan con el envejecimiento, tales como la disminución del apetito, alteraciones en el gusto y el olfato, una eficiencia digestiva reducida o problemas para masticar y tragar. Estas transformaciones, sumadas a condiciones sociales como la soledad, el escaso acceso a alimentos saludables o la falta de ingresos, llevan a una condición nutricional insuficiente que debilita al ser humano y reduce su capacidad para cuidarse de manera efectiva. Los problemas mencionados pueden empeorar debido a los cambios metabólicos y funcionales que resultan del envejecimiento, creando un círculo vicioso entre dependencia, pérdida de función y desnutrición [30].

Además, la incontinencia urinaria y fecal, que a menudo es invisibilizada o estigmatizada, constituye un elemento básico en la pérdida de autonomía. No solamente la posibilidad de cumplir con las actividades diarias se ve afectada por el problema para controlar los esfínteres, sino también la autoestima, la percepción de dignidad y el involucramiento social del anciano [31]. Esta clase de condición puede llevar a comportamientos de aislamiento, depresión o hasta rechazo del propio cuerpo, reforzando la falta de autocuidado.

Igualmente, se presentan problemas como dificultad para dormir sin interrupciones, somnolencia durante el día o largos períodos de vigilia, lo que impacta en su desempeño físico y mental [32]. Además, se observan problemas en la ejecución de su higiene personal y el mantenimiento del confort [33], falta de administración de medicamentos prescritos [34], ausencia de revisiones médicas regulares en los establecimientos de salud y uso de hábitos perjudiciales como el consumo del tabaco y el alcohol. En conjunto, todos estos factores pueden empeorar la carencia de autocuidado y elevar la vulnerabilidad del AM, tanto en su bienestar general como en el peligro de sufrir caídas y dependencia funcional.

4.3. Riesgo de caídas en el adulto mayor que acude al Puesto de Salud Cabracancha, Chota 2025

Tabla 3. Nivel de riesgo de caídas en el adulto mayor que acude al Puesto de Salud Cabracancha, Chota 2025

Riesgo de caídas	N	%
Alto riesgo de caídas	52	45,6
Moderado riesgo de caídas	29	25,5
Sin riesgo de caídas	33	28,9
Total	114	100,0

Fuente: Escala de Tinetti: equilibrio y marcha

La Tabla 3 indica que el 45,6% de los AM evaluados tiene un elevado riesgo de sufrir caídas; en cambio, el 28,9% no presenta riesgo y el 25,5% se ubica en un nivel moderado. Estos resultados demuestran que más de la mitad de la población AM está en condición de vulnerabilidad, lo que subraya la importancia de aplicar estrategias preventivas centradas en la movilidad, el entorno físico y el fortalecimiento de la autonomía.

Estos hallazgos son parecidos a los de estudios nacionales, como el realizado por Delgado y Guevara [21], quien reveló que el 51,7% de las personas AM tenía alto riesgo de caídas, el 34,4% un riesgo medio y el 13,7% sin riesgo de caídas. Esto indica una tendencia alarmante a nivel nacional, por lo que se deben tomar en cuenta el riesgo de caídas como un asunto prioritario para la salud pública, sobre todo en situaciones donde el envejecimiento poblacional progresa velozmente y los medios disponibles para prevenirlo siguen siendo escasos. Por lo que, se requiere la aplicación de acciones multidimensionales, que se enfocan no solo en prevenir las caídas, sino también en reforzar la funcionalidad física, adaptar el ambiente doméstico y comunitario, e impulsar el autocuidado activo de los ancianos.

Sin embargo, también existen investigaciones a nivel internacional cuyos hallazgos son significativamente diferentes de los que se presentan en este estudio. Pinto et

al. [14], hallaron que el 29% de los AM tenía un riesgo alto y el 44% un riesgo moderado de caídas, lo que señala una menor cantidad de casos graves en comparación con los resultados actuales. Asimismo, González et al. [15] informaron que solo el 17,1% de los AM analizados tenía un riesgo alto; en cambio, el 82,9% mostró un riesgo bajo, evidenciando una población con más capacidades funcionales y menos vulnerabilidad.

Estas diferencias podrían deberse a una variedad de factores. En primer lugar, las características sociodemográficas de las poblaciones analizadas, por ejemplo, el estado civil, la vivienda, la edad media o el nivel educativo podrían influir en el nivel de riesgo. En segundo lugar, la manera en que los AM cuidan su salud y enfrentan el proceso de envejecimiento puede verse afectado en gran medida por las diferencias culturales sobre las costumbres de vida, cómo se percibe el envejecimiento, la participación comunitaria y el apoyo familiar. Asimismo, los factores medioambientales, como la accesibilidad en las ciudades, el estado de las viviendas o la presencia de programas comunitarios que apoyan a los AM, contribuyend~~e~~ a evitar las caídas.

El resultado indica que más de la mitad de los participantes tiene probabilidad de sufrir una caída, situación común en este grupo etario. Esto genera dificultad para mantenerse sentado, acostado o de pie, lo que puede ocasionar golpes, fracturas e incluso la muerte. Las caídas representan un indicador de fragilidad en el AM, y su frecuencia aumenta con la edad. Las consecuencias son especialmente graves en personas mayores de 85 años, grupo poblacional en el cual la incidencia anual en la comunidad alcanza el 30%, mientras que en el rango de 60 a 79 años es menor [40].

Por otro lado, los hallazgos revelan que los AM presentan problemas relacionados con el equilibrio y la marcha. En cuanto al primero, este se ve comprometido por la dificultad para mantener la estabilidad corporal frente a la gravedad y durante el movimiento. Específicamente, se observa desequilibrio en la posición sentada, dificultad para levantarse o incorporarse, inestabilidad al ponerse de pie, problemas para mantener el equilibrio en bipedestación, respuesta inadecuada a empujones, pérdida de estabilidad al cerrar los ojos, dificultad para realizar giros de 360° y

problemas al momento de sentarse nuevamente [42]. Estos indicadores reflejan una disminución significativa en el control postural, situación que incrementa el riesgo de caídas y limita la autonomía funcional.

En cuanto a la marcha, se identificaron dificultades relacionadas con la velocidad y calidad del desplazamiento, lo que representa un signo de deterioro funcional. Este deterioro conlleva una disminución en la actividad física habitual, lo que a su vez puede generar consecuencias negativas para la salud, como pérdida de masa muscular, mayor riesgo de caídas y dependencia. Entre los indicadores observados se incluyen: problemas para iniciar la marcha, alteraciones en la longitud y altura del paso, asimetría y falta de continuidad, desviaciones en la trayectoria, postura inadecuada del tronco durante el desplazamiento y alteraciones en la alineación corporal al caminar [43].

4.4. Relación entre el autocuidado y el riesgo de caídas en el adulto mayor que acude al Puesto de Salud Cabracancha, Chota 2025

Tabla 4. Autocuidado y el riesgo de caídas en el adulto mayor que acude al Puesto de Salud Cabracancha, Chota 2025

Autocuidado	Riesgo de caídas					
	N	%	N	%	N	%
	Alto riesgo de caídas		Riesgo de caídas		Sin riesgo de caídas	
Parcialmente adecuado	3	2,6	13	11,4	19	16,7
Inadecuado	18	15,8	11	9,6	6	5,3
Sin capacidad de autocuidado	26	22,8	5	4,4	8	7,0
Déficit de autocuidado	5	4,4	0	0,0	0	0,0

Test de CYPAC-AM: Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor y Escala de Tinetti equilibrio y marcha

PRUEBA DE HIPÓTESIS

Autocuidado / Riesgo de caídas			
Estadísticos	Valor	gl	sig. (P-valor)
Prueba Chi cuadrado razón de verosimilitud (X ²)	41,609	-	0,001

La Tabla 4 muestra que el 22,8% de las personas AM sin habilidades de autocuidado tiene un elevado riesgo de sufrir caídas, mientras que el 11,4% de quienes presentan autocuidado parcialmente adecuado también están en situación de riesgo. Estos hallazgos indican una relación directa entre el grado de

autocuidado y la posibilidad de sufrir caídas, señalando que, a menor capacidad de cuidado personal, se incrementa la vulnerabilidad física y funcional en este grupo. Al contrastar las hipótesis, se determinó una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de autocuidado y el riesgo de caídas en personas AM, empleando la prueba Chi cuadrado razón de verosimilitud, que arrojó un valor de 41,609 y un p-valor de 0,001. Este resultado confirma que, a menor grado de autocuidado, mayor es el riesgo de sufrir caídas.

Velasco et al. [66] señalaron que, en el AM, la vulnerabilidad física se incrementa de manera significativa, lo que repercute en su capacidad de cuidado personal. Esto se debe a que se ve limitada su habilidad para mantener la higiene, una alimentación adecuada, el apego al tratamiento médico y la prevención de riesgos en el entorno. Esta disminución del autocuidado está directamente vinculada con un aumento en el riesgo de caídas, a causa de factores como la movilidad restringida, el deterioro funcional y la ausencia de medidas preventivas diarias. Todo ello pone en riesgo tanto la autonomía como la calidad de vida durante esta etapa.

Al respecto Appeadu y Bordoni [67] identificaron que la posibilidad de caídas se eleva en los AM, dado que sus funciones decrecen con el paso de los años, la medicación asociada tiende a aumentar y la probabilidad de tener problemas médicos también crece. El envejecimiento generalmente se acompaña de una marcha con base amplia, además de que la velocidad del caminar, la longitud del paso y la potencia de las extremidades inferiores disminuyen. Estos cambios no solo ponen en riesgo la integridad física, sino que también tienen un impacto negativo en el autocuidado, ya que limitan la capacidad funcional, crean miedo a caídas futuras y aumentan la dependencia de las tareas fundamentales de la vida cotidiana.

Los factores de riesgo que conllevan a que los AM sufran caídas se dividen en dos categorías: intrínsecos y extrínsecos. Los primeros están vinculados con las condiciones particulares de la persona, como la edad avanzada, el sexo, el uso de medicamentos, el historial de caídas, las enfermedades crónicas, los problemas podológicos, los trastornos cognitivos, el deterioro en la marcha y movilidad, la

desnutrición y las alteraciones visuales. Por otro lado, los factores extrínsecos comprenden componentes del entorno físico que incrementan la posibilidad de caídas, como el mal alumbrado, las superficies irregulares, los pisos resbalosos y otros impedimentos ambientales [67].

Asimismo, el estudio se fundamenta en la Teoría del Déficit de Autocuidado propuesta por Dorothea Orem en 1969 [24], puesto que generalmente la población AM experimenta limitaciones en su capacidad de cuidado personal debido a restricciones físicas, cognitivas o psicosociales vinculadas al proceso de envejecimiento. Por consiguiente, el profesional de Enfermería desempeña un rol fundamental como promotor de cuidado, brindando el soporte necesario al AM para compensar sus limitaciones cuando presenta déficits patológicos, carencia de conocimientos, deficiencias en habilidades requeridas o ausencia de motivación [24].

Ante el déficit de autocuidado (afecciones, limitaciones físicas o deterioro cognitivo), el AM se vuelve más vulnerable a situaciones de riesgo, como la pérdida del equilibrio, dificultad para moverse con seguridad o incapacidad para identificar peligros en su entorno. En este contexto, la teoría propone que el profesional de Enfermería intervenga para suplir o fortalecer sus capacidades, enseñándole a gestionar su autocuidado de manera adecuada, con el fin de minimizar el riesgo de caídas y prevenir complicaciones.

Frente a esta problemática, es necesario implementar un conjunto de intervenciones que aborden integral y personalmente diversos factores de riesgo relacionados con las caídas. Los datos indican que el enfoque personalizado es más efectivo que los tratamientos estandarizados en AM que residen en la comunidad. En este marco, se ha comprobado que medidas como aumentar la seguridad en el hogar, administrar suplementos de vitamina D a quienes tienen deficiencia y diseñar programas individualizados pueden disminuir la frecuencia de caídas [68]. Además de prevenir accidentes, estas acciones promueven el autocuidado al incentivar la conciencia sobre los riesgos propios, optimizar el entorno personal y estimular la autonomía funcional.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- En cuanto a las características sociodemográficas, la mayor proporción de AM partícipes del estudio tienen una edad entre 60 y 69 años, con predominio del género femenino, estado civil casado, con estudios de nivel primaria y de ocupación amas de casa. Este perfil sociodemográfico revela a una población expuesta a riesgos que requieren de cuidados integrales de salud.
- El autocuidado en este grupo poblacional muestra un déficit elevado, representando un factor de riesgo relevante para su autonomía funcional y de salud, requiriendo de la necesidad de mejorar los procesos de acompañamiento e intervenciones en salud que propicien la independencia del AM.
- El riesgo de caídas revela un problema de elevada fragilidad en el AM, evidenciando la vulnerabilidad física que podría conllevarlos a incapacidad funcional; se hace necesario desarrollar estrategias preventivas que fortalezcan sus capacidades funcionales y bienestar físico.
- En relación con las variables, se evidenció que una proporción considerable de personas mayores sin capacidad de autocuidado presenta un alto riesgo de sufrir caídas. Además, se encontró una relación estadística significativa entre el autocuidado y el riesgo de caídas mediante la prueba Chi cuadrado razón de verosimilitud.

5.2. Recomendaciones

A la Escuela Profesional de Enfermería de la UNACH

- Promover la realización de investigaciones con un tamaño de muestra más amplia en poblaciones de AM identificadas con inadecuado autocuidado, para respaldar la validez de los hallazgos.

A los estudiantes de Enfermería de la UNACH

- Educar y sensibilizar al AM y a su entorno familiar orientadas a la importancia de mantener la movilidad, la nutrición apropiada, el cumplimiento de los tratamientos terapéuticos y la seguridad en el hogar frente al riesgo de caídas.
- Participar en la valoración funcional de la marcha y el equilibrio, detectar obstáculos físicos en casa y fomentar el empleo de asistencia técnica apropiada con el fin de mejorar la autonomía funcional y evitar accidentes en los AM.

Al personal de salud del Puesto de Salud de Cabracancha

- Realizar tamizaje de identificación precoz de riesgo de caídas, utilizando instrumentos, como el Test de Tinetti o Timed Up and Go, para detectar a personas AM con alteraciones en la marcha y el equilibrio, incluyendo una evaluación integral y acompañamiento periódico.
- Enfatizar la educación en salud en relación a la higiene personal, nutrición equilibrada, ejercicio físico seguro y cumplimiento del tratamiento médico, con la finalidad de fomentar prácticas que fortalezcan el autocuidado para un envejecimiento activo y saludable de los AM.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización de las Naciones Unidas. Una población que envejece exige más pensiones y más salud. [Internet]. 2023. [Consultado 15 de enero del 2025]. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2023/01/1517857>
2. Pittawat E. Evaluación del riesgo de caídas e intervención para reducir las lesiones y hospitalizaciones relacionadas con caídas en adultos mayores.. [Internet]. 2023. [Consultado 19 de enero del 2025]; 19, (1): 104397. Disponible en: [https://www.npjjournal.org/article/S1555-4155\(22\)00254-9/abstract](https://www.npjjournal.org/article/S1555-4155(22)00254-9/abstract)
3. Organización Mundial de la Salud. Caídas. [Internet]. Ginebra – Suiza: OMS; 2021. [Consultado 15 de enero del 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
4. De la Torre L, et al. Evaluación del riesgo de caídas en los adultos mayores, durante el periodo de confinamiento 2020. Rev Vive [Internet]. 2022. [Consultado 15 de enero del 2025]; 5(13): 63 - 74 Disponible en: <https://revistavive.org/index.php/revistavive/article/view/152/373>
5. Pérez A, Roque L, Plaín C. Las caídas, causa de accidente en el adulto mayor. Rev 16 de Abril. [Internet]. 2020 [Consultado 15 de enero del 2025]; 59 (276): e705. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/abril/abr-2020/abr20276j.pdf>
6. Lozano MM, Arias ED, García I, Aguilar ED, González G, Ruiz MJ. Capacidad de autocuidado en adultos mayores que radican en Morelia, Michoacán. Rev Acc Cietna para el cuidado de la salud. [Internet]. 2022. [Consultado 15 de enero del 2025]; 9(2): 73-81 Disponible en: <https://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/850/1564>
7. Torres, V y Ruiz, A. Capacidad de agencia de autocuidados en pacientes adultos mayores del servicio de Geriátría del hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen, 2022. [Tesis de licenciatura]. [Internet]. Argentina: Universidad María Auxiliadora, 2022. [Consultado 15 de enero del 2025].

Disponible

en:

<https://repositorio.uma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12970/910/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

8. Pinedo, VE y Córdova, EJ. "Factores sociodemográficos y su relación con las prácticas de autocuidado del adulto mayor de un AA.HH. del distrito de San Juan Bautista - 2019. [Tesis de licenciatura]. [Internet]. Perú; Universidad Científica del Perú. 2020. [Consultado 15 de enero del 2025]. Disponible en: <https://repositorio.ucp.edu.pe/items/c87a34c3-97dc-491d-bf81-b476d87e4db2>
9. Casca L, González M. Fragilidad y riesgo de caídas en adultos mayores de bajos ingresos, Lima 2021. Rev Herediana de Rehabilitación. [Internet]. 2022. [Consultado 15 de enero del 2025]; 5(1):8-13 Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RHR/article/view/4256>
10. Martínez S. Actualización sobre la prevención de caídas en ancianos. Gerokomos [Internet]. 2022 [Consultado 15 enero 2025]; 33(1):27-31. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2022000100007
11. Silva JR, Partezani R, Miyamura K, Fuentes W. Causas y factores asociados a las caídas del adulto mayor. Rev Enferm. Univ. [Internet]. 2019. [Consultado 15 de enero del 2025]; 16 (1): 31-40. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632019000100031
12. Ministerio de Salud. Documento Técnico: Manual de Implementación del Modelo del Cuidado Integral de la Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y comunidad. [Internet]. Lima – Perú: MINSA; 2021. [Consultado 15 de enero del 2025]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/fi-admin/rm-220-2021-minsa.pdf>
13. Bautista, LM. Deterioro cognitivo y autocuidado en el adulto mayor atendido en el puesto de salud Cuyumalca – Chota, 2021. [Tesis de licenciatura]. [Internet]. Perú; Universidad Nacional de Cajamarca, 2022. [Consultado 15 de enero del

2025]. Disponible en:
<https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/4748/TESSSSS%20FINALLLLLLLLLLLLLLLLLLLLL%20%282%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

14. Pinto JR, Muñoz DS, Niño MA, Pérez DE, Mogollón E, Rivero B. et al. Riesgo de caída y factores predisponentes en Adultos Mayores. SALUD, ARTE Y CUIDADOS. Revista Venezolana De Enfermería & Ciencias De La Salud. [Internet]. 2025. [Consultado 19 de junio del 2025]; 18(1), 21-32. Disponible en:
<https://revistas.uclave.org/index.php/sac/article/view/5239>
15. González AY, Luna LM, Camargo DM, Patiño MS. Riesgo de caídas y calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores no institucionalizados. Salud UIS. [Internet]. 2024. [Consultado 19 de junio del 2025]; 56: e24037. Disponible en:
<https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/14735/13668>
16. Vázquez SD, Belio J, Hernández ME, Ramírez AA. Prevalencia de Factores de Riesgo para Caídas en el Adulto de 75 a 84 años de edad, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 53, León Guanajuato. [Internet]. 2024. [Consultado 19 de junio del 2025]; 23(1):9–15. Disponible en:
<https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/9605/14205>
17. Silva, YA, Horta LE, González AL, Sorá M, Morales W, Izquierdo R. Estado del autocuidado en pacientes de la tercera edad de un consultorio médico habanero. Rev. 16 de abril. [Internet]. 2023. [Consultado 15 de enero del 2025]; 62: e1748. Disponible en:
https://rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/1748/912
18. Atanacio AT, Delgadillo MA. Factores relacionados a riesgo de caídas en adultos mayores, que acuden al C.S 9 de octubre, Ucayali-2024. [Tesis de Licenciatura]. [Internet]. Perú; Universidad Nacional de Ucayali, 2024. [Consultado 15 de junio del 2025]. Disponible en:
<https://apirepositorio.unu.edu.pe/server/api/core/bitstreams/34172cb4-b1b2-4f49-b390-5b3af2498f06/content>

24. Naranjo Y, Concepción JA, Rodríguez M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac Méd Espirit [Internet]. 2017 [Consultado 15 enero 2025]; 19(3): 89-100. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009
25. Gobierno de México / Instituto Nacional de las Personas Mayores. Autocuidado: clave para envejecer saludablemente. [Internet]. México, 2022. [Consultado 17 de enero del 2025]. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/articulos/autocuidado-clave-para-envejecer-saludablemente#:~:text=El%20autocuidado%20permite%20envejecer%20con%20factores%20biol%C3%B3gicos%2C%20sociales%20y%20culturales.>
26. Ministerio de Salud. Cuidado salud y autocuidado de las personas adultas mayores. [Internet]. Lima – Perú; MINSA - 2020. [Consultado 17 de enero del 2025]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5178.pdf>
27. Gobierno de España: Ministerio de Trabajo e Inmigración. Autoestima en las personas mayores. [Internet]. España, 2020. [Consultado 17 de enero del 2025]. Disponible en: <https://www.cuidum.com/blog/autoestima/#:~:text=La%20autoestima%20es%20la%20valoraci%C3%B3n%20que%20tiene%20uno%20de%20s%C3%AD%20mismo.&text=Las%20personas%20con%20una%20alta,sea%20por%20sol%20edad%20o%20abandono>
28. Buitrago, RE y Sáenz, NY. Autoimagen, Autoconcepto y Autoestima, Perspectivas Emocionales para el Contexto Escolar. Educación y Ciencia, [Internet]. 2021. [Consultado 18 de enero del 2025]: 25; 2805-665. Disponible en: https://revistas.uptc.edu.co/index.php/educacion_y_ciencia/article/view/12759/11022
29. Solís, JS. La autodeterminación en la tercera edad. [Internet]. Chiclayo – Perú, 2021. [Consultado 18 de enero del 2025]. Disponible en: <https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/30398/Selfdetermination>

36. Díaz MT, Licea ME, Medina A, Beltrán A, Calderín JM. Hábitos tóxicos y enfermedades crónicas no transmisibles en una población de la tercera edad. Rev. vat. med. gen. integr. [Internet]. 2021. Consultado 19 de enero del 2025]; 37(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252021000400016
37. Paredes NP. “El autocuidado en la atención primaria de salud en la carrera de enfermería de la universidad técnica de Ambato”. [Tesis de licenciatura]. [Internet]. Ecuador; Universidad Técnica de Ambato Carrión, 2018. [Consultado 20 de enero del 2025]. Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec/server/api/core/bitstreams/c243ff17-0f6b-4abc-b5bd-f33bffb7a86a/content>
38. Ministerio de Educación. Autocuidado y desarrollo socioemocional. [Internet]. Perú. 2022. [Consultado 20 de enero del 2025]. Disponible en: <https://teescuchodocente.minedu.gob.pe/meephowi/2022/05/Autocuidado-y-desarrollo-socioemocional.pdf>
39. Gobierno de México/Instituto Nacional de las Personas Mayores. Autocuidado: clave para envejecer saludablemente. [Internet]. México 2022. [Consultado 20 de enero del 2025]. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/articulos/autocuidado-clave-para-envejecer-saludablemente>
40. Martínez BM, Hernández N, Díaz DJ, Arencibia F, Morejón A. Envejecimiento y caídas. Su impacto social. Rev Médica Electrónica. [Internet]. 2020; [Consultado 22 de enero del 2025]: 42(4); 1684-1824; Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v42n4/1684-1824-rme-42-04-2066.pdf>
41. Ministerio de la Protección Social. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas [Internet]. Colombia, 2022. [Consultado 22 de enero del 2025]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/CalidadAtenci%C3%B3nEnSalud/Observatorio/PREVENCIÓN%20Y%20REDUCCIÓN%20CAIDAS.pdf>

42. Buñay AM, Ferrera RA. Ejercicios de equilibrio para la prevención de caídas en el adulto mayor. Rev Cubana de Reumatología. [Internet]. 2024 [Consultado 22 de enero del 2025]; 26; Disponible en: <https://revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/1300/pdf>
43. Latta MA, Proaño MJ, Moscoso GV, Ortiz PG. La marcha del adulto mayor, un factor de alerta ante la fragilidad. Rev Universitaria con proyección científica, académica y social. [Internet]. 2022. [Consultado 22 de enero del 2025]. 6(4); 103-107. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/medi/article/view/1824/2208>
44. Laurence, R. Caídas en las personas mayores. [Internet]. 2021. [Consultado 22 de enero del 2025]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/geriatr%C3%ADa/ca%C3%ADdas-en-las-personas-mayores/ca%C3%ADdas-en-las-personas-mayores?ruleredirectid=758>
45. Lueza, M, Bolea S, Martín K, Pérez A. Inestabilidad y caídas en el anciano. Rev Sanitaria de Investigación. [Internet]. 2022. [Consultado 22 de enero del 2025]: 2660-7085. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/inestabilidad-y-caidas-en-el-anciano/>
46. Ministerio de Salud. Uno de cada tres adultos mayores de 65 años sufre una caída. [Internet]. Lima, Perú: MINSA; 2021. [Consultado 22 de enero del 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/23629-uno-de-cada-tres-adultos-mayores-de-65-anos-sufre-una-caida>
47. Ministerio de Salud y Protección Social. Envejecimiento y vejez. [Internet]. 2023. [Consultado 22 de enero del 2025]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento->

[vejez.aspx#:~:text=Generalmente%2C%20una%20persona%20mayor%20es,a%C3%B1os%20de%20edad%20o%20m%C3%A1s](#)

48. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las personas Adultas Mayores. [Internet]. Lima – Perú; MINSA - 2010. [Consultado 22 de enero del 2025]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3132.pdf>
49. Organización Mundial de la Salud/ canitas para la comuna. ¿Qué es un Adulto Mayor Según la OMS? [Internet]. 2023. [Consultado 22 de enero del 2025]. Disponible en: <https://canitas.mx/guias/adulto-mayor-oms/>
50. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar. [Internet]. 2022. [Consultado 22 de enero del 2025]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56571/9789275326275_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
51. Ministerio de Salud/ Protección social. Procesos para la prevención y reducción de la frecuencia de caídas. [Internet]. 2022. [Consultado 22 de enero del 2025]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/prev-enir-y-reducir-la-frecuencia-de-caidas.pdf>
52. Abanto, FJ y Ortiz AM. Calidad de vida en el adulto mayor de la Cooperativa San Juan de Salinas segunda etapa de San Martín de Porres, 2021. [Tesis de licenciatura]. [Internet]. Perú: Universidad de ciencias y humanidades, 2022. [Consultado 22 de enero del 2025]. Disponible en: https://repositorio.uch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12872/678/Abanto_FJ_Ortiz_AM_tesis_enfermeria_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y
53. Municipalidad Provincial de Chota. Distrito de Chota. [Internet]. 2023. [Consultado 22 de enero del 2025]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Distrito_de_Chota

54. Ministerio de Salud/Gobierno Regional de Cajamarca. Puesto de Salud Cabracancho en Chota. [Internet]. Cajamarca- Perú. 2021. [Consultado 22 de enero del 2025]. Disponible en: <https://www.establecimientosdesalud.info/cajamarca/puesto-de-salud-cabracancho-chota/>
55. Hernández R, Fernández C, Batista M. Metodología de la investigación [Internet]. 6a ed. México: MC Graw Hill; 2017. [Consultado 24 de enero del 2025]. Disponible en: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
56. Bautista LM. Deterioro cognitivo y autocuidado en el adulto mayor en el puesto de salud Cuyumalca-Chota, 2021. [Tesis de licenciatura]. [Internet]. Lima, Perú: Universidad Nacional de Cajamarca, 2022. [Consultado 23 de julio del 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/4748>
57. Millán, I. Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. En Revista cubana de Enfermería, 26 (4), 222-234. [En línea]. Cuba, 2010. [Consultado 24 de enero del 2025]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03192010000400007
58. Silvia J. Porras M. Guevara G. Canales R. Fabricio S. Partezani R. Riesgo de caída en el adulto mayor que acude a dos Centros de Día. Lima, Perú. Rev. Horiz Med. [En línea]. 2014. [Consultado 24 de enero del 2025] 14(3): p. 12-18. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2014000300003
59. Zerón A. Beneficencia y no maleficencia. Revista ADM. [Internet]. 2019. [Consultado 24 de enero del 2025]. 76(6): 306-307. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2019/od196a.pdf>
60. Suárez ME. El carácter científico de la investigación. [Internet]. Venezuela, 2007. [Consultado 24 de enero del 2025]. Disponible en:

<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8922/10CapituloXEIcaracterCientificodelainvestigaciontfc.pdf?sequence=3#:~:text=El%20rigor%20cient%C3%A Dfico%20en%20torno,concordancia%20con%20el%20proceso%20seguido>

61. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Este 26 de agosto más de 4 millones 747 mil adultos mayores conmemoran su día. [Internet]. Lima, Perú: INEI; 2024 [Consultado 24 de agosto del 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inei/noticias/1010099-este-26-de-agosto-mas-de-4-millones-747-mil-adultos-mayores-conmemoran-su-dia>
62. Abarca, BN. Chino, ML, Llacho, K, Gonzales, KM, Vázquez, CC. Relación entre educación, envejecimiento y deterioro cognitivo en adultos mayores. [Internet]. Arequipa, 2018. [Consultado 03 de agosto del 2025]. Disponible en: <http://revistaneurociencias.com/index.php/RNNN/article/view/187>
63. Instituto Nacional de Estadística. Estado civil. [Internet]. Lima, Perú: INE; 2017. [Consultado 24 de agosto del 2025]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/Est/Lib1711/cap03.pdf
64. Definición.com. Procedencia. [Internet]. Lima, Perú; 2024. [Consultado 24 de agosto del 2025]. Disponible en: <https://definicion.com/procedencia/>
65. Instituto Nacional de Estadística. Concepto de ocupación. [Internet]. INE, España. [Consultado 25 de agosto del 2025]. Disponible en: <https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=4614#:~:text=Se%20define%20la%20ocupaci%C3%B3n%20como,del%20puesto%20de%20trabajo%20desempe%C3%B1ado>
66. Velasco RJ, Cajape JC, Cunalema JA, Vargas GM. Significado del autocuidado en el adulto mayor desde el modelo de promoción de salud. Gerokomos [Internet]. 2022 [Consultado 25 de agosto del 2025]; 33(3): 145-149. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2022000300003

67. Appeadu MK, Bordoni B. Caídas y prevención de caídas en adultos mayores. [Internet]. Washington, Estados Unidos; 2023. [Consultado 24 de agosto del 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560761/>
68. Robertson MC, Gillespie LD. Prevención de caídas en adultos mayores que viven en la comunidad. JAMA. [Internet]. Washington, Estados Unidos; 2013 [Consultado 24 de agosto del 2025]; 309 (13):1406-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23549586/>

ANEXOS

ANEXO 1. Formato de Consentimiento informado Consentimiento informado

Título de la investigación:

“Autocuidado y riesgo de caídas en el adulto mayor que acude al Puesto de Salud Cabracancha, Chota 2025”

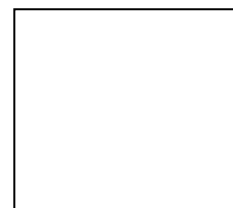
Objetivo de la investigación:

Determinar la relación entre el autocuidado y el riesgo de caídas en el adulto mayor que acude al Puesto de Salud Cabracancha, Chota 2025

Yo....., identificado (a) con DNI N°, mediante la información dada por los Bach. Enf. Ana Medali Cabrera Pérez y José Alex Dávila Vega; acepto brindar la información solicitada por los investigadores de manera personal, teniendo en cuenta que la información obtenida será confidencial y mi identidad no será revelada.

Cabracancha.....de..... del 2025.

Firma



Huella

ANEXO 2. Formato de Instrumentos de recolección de datos



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE CHOTA
Escuela Profesional de
Enfermería**

*“Autocuidado y riesgo de caídas
en el adulto mayor que acude al
Puesto de Salud Cabracancha,
Chota 2025”*

Test de CYPAC-AM: Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor

(Autor: Millán, IE, 2010)

I. INSTRUCCIONES: La presente escala es anónima y será utilizada sólo para cuestiones de investigación científica; en tal sentido se le ruega que sea sincero (a) en cuanto a sus respuestas. Gracias por su participación.

II. CARACTERÍSTICAS GENERALES (demográficas y sociales)

1. Edad

- a) 60 a 69 años
- b) 70 a 79 años
- c) 80 a más años

2. Género

- a) Masculino
- b) Femenino

3. Estado civil

- a) Casado (a)
- b) Divorciado (a)
- c) Soltero (a)
- d) Viudo (a)

4. Grado de instrucción

- a) Iltrado
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior técnico
- e) Superior universitario

5. Ocupación

- a) Ama de casa
- b) Agricultor
- c) Comerciante
- d) Otros

III. Test de CYPAC-AM (Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor)

N°	CATEGORÍA	SI	A VECES	NO
A.	Actividad física			
1.	Puede movilizarse sin ayuda			
2.	Participa activamente en reuniones o talleres para adultos mayores que ofrece el puesto de salud			
3.	Practica ejercicios físicos sistemáticamente (nadar, correr, montar bicicleta, asistir al gimnasio u otros) (si)			
4.	Camina a diario al menos 15 minutos seguidos o sube escaleras durante el día			
B.	Alimentación			
1.	Prepara sus alimentos y/o se alimenta sin ayuda			
2.	Tiene establecido un horario fijo para comer			
3.	Prefiere los alimentos sancochados que fritos			
4.	Come lo que le ha indicado el doctor o la enfermera, aunque no le guste mucho			
C.	Eliminación			
1.	Va solo(a) al baño y controla cuándo necesita orinar o hacer deposiciones			
2.	Va al baño todos los días y a una hora parecida			
3.	Tiene como hábito observar sus deposiciones			
4.	Tiene como hábito ingerir agua entre las comidas (más de 6 vasos al día comenzando por la mañana al levantarse)			
D.	Descanso y sueño			
1.	Duerme y descansa bien durante la noche sin necesidad de medicamentos o ayuda			
2.	Tiene hábito de descanso sin dormir después de comer			
3.	Tiene el hábito de irse a la cama a un horario fijo			
4.	Procura dormir las horas necesarias diarias (5 horas diariamente sin necesidad de medicamentos)			
E.	Higiene y confort			
1.	Puede mantener su higiene y confort sin ayuda			
2.	Se baña diariamente, y a un horario establecido			
3.	Acostumbra bañarse con agua tibia			
4.	Usa una toallita independiente para secarse los pies			
F.	Medicación			
1.	Toma sus pastillas o medicinas según las indicaciones del médico, sin que alguien se lo recuerde			
2.	Cumple estrictamente con el tratamiento indicado			

3.	Solo toma medicamentos que le indica su médico			
4.	Si necesita algún medicamento lo consulta primero			
G.	Control de salud			
1.	Tiene control y puede responsabilizarse con su salud			
2.	Controla su peso o sabe cuánto debe pesar			
3.	Conoce la frecuencia de sus consultas y asiste a ellas			
4.	Se realiza autochequeos periódicos en la casa (autoexamen de mamas, control de glucosa, inspección de piel y de la boca, medición de temperatura)			
H.	Adicciones o hábitos tóxicos			
1.	Evita consumir cigarro, licor u otras sustancias que le hacen daño a su salud			
2.	Si consume licor, cigarro u otra sustancia, lo hace con moderación y bajo control			
3.	Está tratando de dejar el cigarro, el alcohol u otra sustancia que sabe que le hace daño			
4.	Sabe que tiene más de un hábito que le hace daño (como fumar, tomar o no alimentarse bien) y está intentando cambiarlos			

Gracias

ANEXO 2. Formato de Instrumentos de recolección de datos



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE CHOTA**
Escuela Profesional de
Enfermería

*“Autocuidado y riesgo de caídas
en el adulto mayor que acude al
Puesto de Salud Cabracancha,
Chota 2025”*

Escala de Tinetti parte I: Equilibrio

(Autor: Mary Tinetti; 1986)

DATOS GENERALES

Nombre y apellidos:

EQUILIBRIO SENTADO	
Se inclina o desliza en la silla	0
Firme o seguro	1
LEVANTARSE	
Incapaz sin ayuda	0
Capaz utilizando los brazos como ayuda	1
Capaz sin utilizar los brazos	2
INTENTOS DE LEVANTARSE	
Incapaz sin ayuda	0
Capaz, pero necesita más de un intento	1
Capaz de levantarse con un intento	2
EQUILIBRIO INMEDIATO AL LEVANTARSE	
Inestable (se tambalea, mueve los pies, marcado balanceo del tronco)	0
Estable, pero usa andador, bastón, muletas u otros objetos	1
Estable sin usar bastón y otros soportes	2
EQUILIBRIO EN BIPEDESTACIÓN	
Inestable (se tambalea, mueve los pies, marcado balanceo del tronco)	0
Estable con aumento de área de sustentación (los talones separados más de 10 cm.) o usa bastón, andador u otro soporte	1
Base de sustentación estrecha sin ningún soporte	2
EMPUJÓN (sujeto en posición firme con los pies lo más juntos posible; el examinador empuja sobre el esternón del paciente con la palma 3 veces).	
Tiende a caerse	0
Se tambalea, se sujeta, pero se mantiene solo	1
Firme	2
OJOS CERRADO (en la posición anterior)	
Inestable	0
Estable	1
GIRO DE 360°	
Pasos discontinuos	0

Pasos continuos	1
Inestable (se agarra o tambalea)	0
Estable	1
SENTARSE	
Inseguro	0
Usa los brazos o no tiene un movimiento suave	1
Seguro, movimiento suave	2

TOTAL: EQUILIBRIO/16

Escala de Tinetti parte II: Marcha

COMIENZA DE LA MARCHA (inmediatamente después de decir “camine”)	
Duda o vacila, o múltiples intentos para comenzar	0
No vacilante	1
LONGITUD Y ALTURA DEL PASO	
El pie derecho no sobrepasa al izquierdo con el paso en la fase de balanceo	0
El pie derecho sobrepasa al izquierdo	1
El pie derecho no se levanta completamente del suelo con el paso en la fase de balanceo	0
El pie derecho se levanta completamente	1
El pie izquierdo no sobrepasa al derecho con el paso en la fase de balanceo	0
El pie izquierdo sobrepasa al derecho con el paso	1
El pie izquierdo no se levanta completamente del suelo con el paso en la fase de balanceo	0
El pie izquierdo se levanta completamente	1
SIMETRÍA DEL PASO	
La longitud del paso con el pie derecho e izquierdo es diferente (estimada)	0
Los pasos son iguales en longitud	1
CONTINUIDAD DE LOS PASOS	
Para o hay discontinuidad entre pasos	0
Los pasos son continuos	1
TRAYECTORIA (estimada en relación con los baldosines del suelo 30 cm, de diámetro; se observa la desviación de un pie en 3 cm. de distancia)	
Marcada desviación	0
Desviación moderada o media, o utiliza ayuda	1
Derecho sin utilizar ayudas	2
TRONCO	
Marcado balanceo o utiliza ayudas	0
No balanceo, pero hay flexión de rodillas, espalda o extensión hacia fuera de los brazos	1
No balanceo, ni flexión, ni utilizan ayudas	2
POSTURA EN LA MARCHA	
Talones separados	0
Talones casi se tocan mientras camina	1

TOTAL, MARCHA / 12

Anexo 3. Matriz de consistencia

Título	Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Técnica e instrumento
Autocuidado y riesgo de caídas en el adulto mayor que acude al Puesto de Salud Cabracancha, Chota 2025	¿Cuál es la relación entre el autocuidado y el riesgo de caídas en el adulto mayor que acude al Puesto de Salud Cabracancha, Chota 2025?	<p>Objetivo general:</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar la relación entre el autocuidado y el riesgo de caídas en el adulto mayor que acude al Puesto de Salud Cabracancha, Chota 2025. <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Caracterizar social y demográficamente a los adultos mayores del Puesto de Salud Cabracancha, Chota 2025. - Describir el autocuidado en el adulto mayor que acude al Puesto de Salud Cabracancha, Chota 2025. - Determinar el riesgo de caídas en el adulto mayor que acude al Puesto de Salud Cabracancha, Chota 2025. 	<p>H₁: Existe relación significativa entre el autocuidado y el riesgo de caídas en el adulto mayor que acude al Puesto de Salud Cabracancha, Chota 2025.</p> <p>H₀: No existe relación significativa entre el autocuidado y el riesgo de caídas en el adulto mayor que acude al Puesto de Salud Cabracancha, Chota 2025.</p>	<p>Técnica</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Encuesta <p>Instrumentos</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Test ➤ Escala

Anexo 4. Prueba piloto

La confiabilidad para el test de capacidad y percepción de autocuidado del AM alcanzó un KR-20 = 0,734 y para la Escala de Tinetti KR-20 = 0,780, mediante una prueba piloto con 20 AM que acudieron al Puesto de Salud Cuyumalca, ubicado en el distrito y provincia de Chota.

Anexo 5. Validación del test de capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor

Con la finalidad de adecuar las preguntas de los instrumentos al contexto del estudio, se realizó validación de los instrumentos con 4 jueces expertos, licenciados en Enfermería con experiencia en el área asistencial e investigación, los mismos que realizaron algunas sugerencias para mejorar el contenido del test de capacidad y percepción de autocuidado del AM. La validez de contenido fue estimada mediante el coeficiente V de Aiken, para el test de capacidad y percepción de autocuidado del AM la proporción general entre jueces fue de 0,90 (adecuación=0,90; suficiencia=0,90; pertinencia=0,90; relevancia=0,90; y claridad=0,90).

Anexo 6. Escala de Tinetti parte I: Equilibrio, parte II: Marcha

La proporción general de concordancia entre los jueces en la validación de la Escala de Tinetti (equilibrio y marcha) fue 1,00 en todos los parámetros analizados que incluyeron: adecuación (1,00), suficiencia (1,00), pertinencia (1,00), relevancia (1,00) y claridad (1,00).