FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA

TESIS

CAPACIDAD FUNCIONAL Y RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR, IQUITOS 2025

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORES : BACH. ENF. YOLARI RODRIGUEZ LOPEZ

BACH. ENF. DANIRA NICOLE FERREIRA CAHUAZA

ASESORA : LIC. ENF. SUSANA YHUARAQUI ZUMBA

SAN JUAN BAUTISTA REGIÓN LORETO – PERU

2026

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Con Resolución Decanal N° 561-2025-UCP-FCS, del 16 de abril del 2025, se designa jurado.

Con Resolución Decanal N° 357-2026-UCP-FCS, 14 de abril del 2026, se autorizó la sustentación.

Siendo las 12:00 p.m. horas, del día martes 21 de abril del 2026, se constituyó de modo presencial el jurado para escuchar la presentación y defensa de la tesis: **CAPACIDAD FUNCIONAL Y RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR, IQUITOS 2025.**

Presentado por:

YOLARI RODRIGUEZ LOPEZ

DANIRA NICOLE FERREIRA CAHUAZA

Para optar el título profesional de **LICENCIADA EN ENFERMERÍA.**

Como asesora Lic. Enf. Susana Yhuaraqui Zumba.

Luego de escuchar la sustentación y defensa ante las preguntas, el jurado pasó a la deliberación de forma reservada, llegando a la siguiente conclusión:

La sustentación es: ...Aprobado por unanimidad.....

A las 13:20 pm... horas culminó el acto público.

En fe de lo cual los miembros del jurado firman el acta y comunican en acto público.

Lic. Enf. Juana Evangelista Fernández Sánchez, Dra.
Presidente

Lic. Enf. Elvia Betty Malafaya Rivera
Miembro

Lic. Enf. Ana Isabel Soplín García
Miembro

"Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

DE LA UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ – UCP

El presidente del Comité de Ética e Integridad Científica

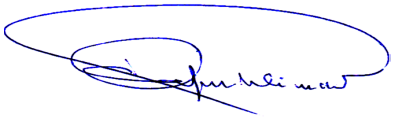
Hace constar que:

La Tesis titulada:

"CAPACIDAD FUNCIONAL Y RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR, IQUITOS 2025"

De las alumnas: **YOLARI RODRIGUEZ LOPEZ Y DANIRA NICOLE FERREIRA CAHUAZA,** de la Facultad de Ciencias de la Salud, pasó satisfactoriamente la revisión por el Software Antiplagio, con un porcentaje de **11% de similitud**. Se expide la presente, a solicitud de la parte interesada para los fines que estime conveniente.

San Juan, 07 de abril del 2026.



Presidente del Comité de Ética e Integridad Científica
Mgr. Arq. Jorge L. Tapullima Flores

JLTF/C.E.I.C-A
102-2026

Informe de análisis
Compilatio Magister+ | UCP-PE (Universidad Científica del Perú)

UCP_ENFERMERIA_2026_T_NICOLE_FERREIRA_YOLARI_RODRIGUEZ_V2

ID : 30f91bdf2960f8b35f27e2e0f90a371b3a1a04a6

11%
Textos sospechosos

Nombre del fichero : UCP_ENFERMERIA_2026_T_NICOLE_FERREIRA_YOLARI_RODRIGUEZ_V2.docx
Tamaño del archivo original : 617,34 kB
Número de palabras : 9635
Número de caracteres : 63196

Depositante : Chris Angela Ramirez Flores
Fecha de depósito : 6 de abril de 2026
Tipo de carga : interface
fecha de fin de análisis : 7 de abril de 2026

Resumen (sección 1/3)

Localización de los textos sospechosos en el documento :



Incluido en el porcentaje de textos sospechosos :

Similitudes — 2%

Sintáctica 2% | Semántica *No medido*

Pasajes con similitudes a fuentes encontradas en diferentes colecciones.



Detección de IA — 6%

Textos estilísticamente próximos a un texto generado por una IA.
Este índice es un indicador y no una prueba. Comprueba con el autor si domina los conocimientos mencionados en el documento.



Idiomas no reconocidos — 2%

Pasajes en los que parte del vocabulario utilizado no forma parte del diccionario de la lengua.
Puede tratarse de un intento del autor de modificar el texto para evitar ser detectado.



HOJA DE APROBACION

TESIS, DENOMINADO: CAPACIDAD FUNCIONAL Y RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR, IQUITOS 2025.

FECHA DE SUSTENTACION: 21 DE ABRIL DEL 2026.

Lic. Enf. Juana Evangelista Fernández Sánchez, Dra.
Presidente

Lic. Enf. Elvia Betty Malafaya Rivera
Miembro

Lic. Enf. Ana Isabel Soplín García
Miembro

Lic. Enf. Susana Yhuaraqui Zumba
Asesora

DEDICATORIA

Dedico este logro a Dios, porque gracias a Él pude concluir mi carrera; a mi madre, Julieta, por su apoyo incondicional en cada etapa de este camino; y a mi hija, Lyu, por ser mi motivación diaria, mi mayor inspiración y la fuerza que me impulsó a cerrar esta etapa de mi formación profesional.

NICOLE FERREIRA CAHUAZA.

Dedico este logro a mi madre, porque sin ella no lo habría logrado; su bendición diaria a lo largo de mi vida me protege y me fortalece. Y gracias a Dios, porque sin Él nada hubiera sido posible.

YOLARI RODRIGUEZ LOPEZ.

AGRADECIMIENTOS

Expresamos nuestro más profundo agradecimiento a los distinguidos docentes de la Facultad de Enfermería por su constante acompañamiento y por compartir generosamente sus conocimientos a lo largo de todo este proceso académico, incluso en medio de las dificultades que se presentaron.

De igual manera, manifestamos nuestra sincera gratitud a los honorables integrantes del Comité Evaluador: Lic. Enf. Juana Evangelista Fernández Sánchez, Presidenta; Lic. Enf. Ana Isabel Soplín García, Miembro; y Lic. Enf. Elvia Betty Malafaya Rivera, Miembro, por su valiosa experiencia, sus acertadas observaciones y el compromiso demostrado durante la revisión de la presente investigación.

Extendemos también nuestro reconocimiento a los adultos mayores del Centro de Atención del Adulto Mayor, cuya valiosa colaboración fue fundamental para la ejecución de este estudio.

Finalmente, expresamos nuestro especial y profundo agradecimiento a nuestra asesora, Lic. Enf. Susana Yhuaraqui Zumba, Mgr., por su orientación metodológica integral, su dedicación y su constante apoyo, los cuales constituyeron pilares esenciales para el desarrollo y culminación de esta tesis.

NICOLE FERREIRA CAHUAZA.

YOLARI RODRIGUEZ LOPEZ.

INDICE DE CONTENIDO

Portada	i
Acta de sustentación de tesis	ii
Constancia de originalidad de la tesis	iv
Hoja de aprobación	v
Dedicatoria	vi
Agradecimiento	vii
Índice de contenido	viii
Índice de tablas	ix
Resumen	x
Abstract	xi
Capítulo I. Marco teórico	**12**
1.1. Antecedentes del estudio	12
1.2. Bases teóricas	18
1.3. Definición de términos básicos	27
Capítulo II. Planteamiento del problema	**28**
2.1. Descripción del problema	28
2.2. Formulación del problema	30
2.3. Objetivos	30
2.3.1. Objetivo general	30
2.3.2. Objetivos específicos	30
2.4. Hipótesis	31
2.5. Variables	31
2.5.1. Identificación de las variables	31
2.5.2. Definición conceptual y operacional	31
2.5.3. Operacionalización de las variables	33
Capítulo III. Metodología	**34**
3.1. Tipo y diseño de investigación.	34
3.2. Población y muestra.	35
3.3. Técnicas, instrumentos y procedimientos	37
3.4. Procesamiento y análisis de datos.	39
3.5. Aspectos éticos	40
Capítulo IV. Resultados	**41**
Capítulo VI. Discusión, conclusión y recomendaciones	**45**
Referencias Bibliográficas	**50**
ANEXOS	**55**
Anexo 1. Matiz de consistencia	56
Anexo 2. Consentimiento informado	58
Anexo 3. Instrumentos	60
Anexo 4: Informe de validez	66
Anexo 5: Solicitud de autorización para la realización	65
Anexo 6: Carta de aceptación	69

ÍNDICE DE TABLAS

		Páginas
Tabla 1	Capacidad funcional en adultos mayores que acuden al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor (CIAM), Iquitos, 2025.	41
Tabla 2	Riesgo de caídas en adultos mayores que acuden al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor (CIAM), Iquitos, 2025.	42
Tabla 3	Capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores que acuden al centro integral de atención al adulto mayor, Iquitos 2025.	43
Tabla 4	Prueba de Chi-cuadrado entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas en adultos mayores que acuden al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor (CIAM), Iquitos, 2025.	44

RESUMEN

El objetivo del estudio fue evaluar la asociación del riesgo de caídas y la capacidad funcional de los ancianos que asisten al CIAM en el año 2025. Para ello, se llevó a cabo un estudio descriptivo correlacional de corte transversal, y se utilizó un método cuantitativo. Se estudiaron 152 adultos mayores del CIAM Iquitos mediante muestreo aleatorio simple. Se realizaron encuestas con la Escala de Riesgo de Caídas JH Downton y el Índice de Barthel, después de obtener el Consentimiento Informado. El 53.9% tiene capacidad funcional moderada, el 26.3% leve y el 19.7% severa. El 75.0% de los ancianos mostró un alto riesgo de caídas, y el 25.0% mostró un bajo riesgo de caídas. En el análisis de las variables, se observó que el 47.4% tenía capacidad funcional moderada y alto riesgo, y luego el 17.8% tenía capacidad severa y alto riesgo. Para probar esto, se realizó la prueba Chi-cuadrado, donde se obtuvo ($\chi^2 = 28.54$; $p = 0.000$). A partir de esto, se obtuvo que el deterioro de la capacidad funcional de los ancianos se correlaciona con el riesgo de caídas.

Palabras clave: Capacidad funcional; riesgo de caídas; adultos mayores; Índice de Barthel; Escala de Downton.

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate the association between fall risk and functional capacity in older adults attending the CIAM (Comprehensive Care Center for the Elderly) in 2025. A cross-sectional, correlational, descriptive study was conducted using a quantitative method. One hundred and fifty-two older adults from the CIAM Iquitos were studied using simple random sampling. Surveys were administered using the JH Downton Falls Risk Scale and the Barthel Index after obtaining informed consent. 53.9% of participants had moderate functional capacity, 26.3% had mild functional capacity, and 19.7% had severe functional capacity. 75.0% of the older adults showed a high risk of falls, and 25.0% showed a low risk. Analysis of the variables revealed that 47.4% had moderate functional capacity and a high risk of falls, while 17.8% had severe functional capacity and a high risk of falls. To test this, the Chi-square test was performed, yielding ($\chi^2 = 28.54$; $p = 0.000$). This indicates that the decline in functional capacity of the elderly is correlated with the risk of falls.

Keywords: Functional capacity; risk of falls; older adults; Barthel Index; Downton Scale.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

Al realizar la revisión de antecedentes, se encontró Investigaciones relacionadas como las siguientes

1.1. Antecedentes del estudio:

Antecedentes Internacionales:

Orrala (Ecuador, 2021) titulado "grado de dependencia y el riesgo de caídas entre los ancianos del grupo de jubilados del IESS, comunidad Sinchal, provincia de Santa Elena, 2022", busca identificar la relación entre el riesgo de caídas y el grado de dependencia dentro del grupo de jubilados del IESS, comunidad Sinchal, provincia de Santa Elena, 2022. Utilizó una muestra de 76 adultos de la comunidad bajo el alcance del estudio, donde formuló su hipótesis utilizando un enfoque cuantitativo. Es de un método analítico-sintético, y las técnicas aplicadas fueron dos herramientas fundamentales: el Índice de Barthel y la Escala de Downton. Al aplicar ambas herramientas en la muestra, encontró que el 46% de los ancianos presentaban un grado de dependencia moderado, y el 21% un grado severo con un futuro índice de dependencia total, y el riesgo de caídas, se encontró que era ALTO en 100% y 80%, y recomendó que se diera a conocer el riesgo de la edad avanzada a las familias y autoridades de salud. Además, este estudio confirmó la hipótesis propuesta de que la dependencia y el riesgo de caídas están relacionados (1).

Rojas, Guzmán (Ecuador, 2021) realizó la investigación Capacidades funcionales y riesgo de caídas en pacientes adultos mayores identificados en el Centro de Atención al Adulto Mayor – Loja, que tenía como objetivo analizar a los adultos mayores por variables sociodemográficas, identificar la capacidad funcional y el potencial riesgo de caídas en los pacientes adultos mayores. La investigación se describe como transversal, prospectiva y con un enfoque cuantitativo. Se evaluó una muestra de 152 pacientes durante el período de octubre de 2019 a

marzo de 2020 en el “Centro de Atención al Adulto Mayor – Loja”. Con el uso de un instrumento de recolección de datos, el investigador encontró que la muestra era predominantemente femenina (54%) y la mayoría (57%) se encontraba en el rango de edad de 65 a 74 años, dentro de la categoría de jóvenes mayores; el 58% (n=88) estaban casados, el 96% (n=146) vivían con otros y el 88% (n=133) residían en entornos urbanos. También se identificó la capacidad funcional, donde el 81% (n=123) fue considerado como moderadamente dependiente según el Índice de Barthel y el 79% (n=120) mostró un alto riesgo de caídas basado en la prueba de J.H. Downton (2).

Ortega (México, 2020) ha escrito el estudio “Capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores que asisten a la Unidad de Medicina Familiar No. 2, Xochitepec, Morelos”. El propósito de este estudio fue analizar la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores en la Unidad de Medicina Familiar No. 2 en Xochitepec, Morelos. Con esto en mente, se llevó a cabo un estudio observacional, transversal y descriptivo con adultos mayores de ambos sexos que asisten a la Unidad de Medicina Familiar No. 2 Xochitepec Morelos. Los datos se recogieron a través de un muestreo de conveniencia no probabilístico. Los participantes del estudio fueron evaluados utilizando la Escala de Barthel, el Examen del Estado Mental Mínimo, la Escala de Evaluación Nutricional Mínima y la Escala de Tinetti (que mide la marcha y el equilibrio). Se utilizaron análisis de correlación de Chi-cuadrado y de Spearman. Para este estudio, se requería un $p<0.05$ para lograr resultados estadísticamente significativos. El estudio encontró una correlación entre el nivel cognitivo, el riesgo de desnutrición y la capacidad funcional con el riesgo de caídas de los adultos mayores que asisten a la Unidad de Medicina Familiar No. 2 en Xochitepec, Morelos. Uno de los mayores problemas en la población de adultos mayores son las caídas, que a menudo conducen a incapacitación y pueden desencadenar el inicio de otras enfermedades. Por esta razón, entender los factores que contribuyen a las caídas es muy importante y ayuda a identificar oportunidades para mejorar la atención a los adultos mayores (3).

Antecedentes nacionales:

Arcelles, Fernández (Tacna, 2023) estudió titulado Capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores de la Asociación Regional de Educadores Desempleados y Jubilados de Tacna, 2023, cuyo objetivo es identificar la relación entre el riesgo de caída y la capacidad funcional en adultos mayores de ARCIJET, 2023. Se utilizó un diseño de alcance básico, transversal, de única sección, relacional o correlacional; el número total de miembros es 1250, y se seleccionaron aleatoriamente 295 docentes para el estudio. Se utilizaron la escala de Lawton y Brody y la escala de Tinetti que miden el equilibrio y la marcha. De los participantes del estudio, el 48.5% tiene dependencia leve; y en el factor sociodemográfico por edad, el 40.7% de los participantes tienen entre 71 y 75 años, y en el factor sociodemográfico por sexo, el 58% de los participantes son mujeres. Existe una correlación positiva moderada. En los resultados de la prueba de correlación de rho de Spearman, el coeficiente de correlación para las dos variables es 0.459 y el valor de significación bilateral (Sig.) es 0.000. Se concluyó que existe una relación entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas en adultos mayores de la asociación regional de educadores desempleados y jubilados de Tacna (4).

Hervacio, Romero (Lima, 2023) titulado “El Riesgo de Caídas y la Capacidad Funcional en Adultos Mayores Atendidos en un Centro de Fisioterapia en el Distrito de Huaura; 2020,” cuyo principal propósito fue establecer la asociación o correlación del riesgo de caídas y la capacidad funcional de los adultos mayores que eran clientes de un centro de fisioterapia dentro del distrito de Huaura; 2020. El estudio fue cuantitativo, de tipo básico, correlacional, con un diseño no experimental, sin un enfoque deductivo. Muestra de 50 adultos mayores, 2 de los instrumentos de evaluación más comunes fueron la escala de Tinetti y el Índice de Barthel. Se estableció la relación del riesgo de caídas y la capacidad funcional de los adultos mayores en el “Centro de Fisioterapia PHYSIO VIDA EIRL.” A través de Pearson χ^2 de 61.587 y un valor p de 0.000. Se

concluyó que la relación del riesgo de caídas y la capacidad funcional cumple con los fundamentos teóricos que señalan que la pérdida de funcionalidad es un elemento fundamental que aumenta el riesgo de caídas en los adultos mayores y que el grado de desempeño de las actividades de la vida diaria y el riesgo de caídas (y las complicaciones que conlleva) definen la dependencia funcional del individuo (5).

Rivera (Lima, 2022) investigó 'Capacidad funcional y su relación con el riesgo de caída en adultos mayores alojados en el centro benévolo público "San Vicente de Paúl" Lima 2022' para comprender el riesgo de caídas y la capacidad funcional de los adultos mayores en el Centro Geriátrico de la Institución Benévola Pública 'San Vicente de Paúl' Lima 2022. El autor utilizó un enfoque cuantitativo y el método de estudio descriptivo transversal. Esta investigación utiliza muestreo no probabilístico en forma censal, ya que involucrará a 127 adultos mayores del Centro Geriátrico de la Sociedad Pública Metropolitano Benéfica 'San Vicente de Paúl' en Lima, que fueron elegidos como muestra. Existe una relación de capacidad funcional con actividades básicas y riesgo de caídas donde el 62.5% de los participantes son medianamente dependientes y tienen un alto riesgo de caerse. La relación es del 6%. La capacidad funcional con el riesgo de caídas en relación a incidencias previas de caídas y tratamientos farmacológicos muestra que el 45.3% tiene dependencias medianas y altos riesgos, y bajas probabilidades de caerse, con una relación del 10%. La capacidad funcional con el riesgo de caídas en déficit sensoriales, condición mental y ambulación muestra que el 67.7% tiene dependencia media y alto riesgo de caídas con una relación del 7%. La capacidad funcional general con el riesgo de caídas en ancianos muestra que el 53.5% tiene dependencia media y alto riesgo de caídas, seguido por un 9.4% de alta independencia con bajo riesgo de caídas. La relación es del 7% (6).

Antecedentes locales

Chalco (Iquitos, 2022) está estudiando "Riesgo de Caídas y Factores Asociados en Pacientes Geriátricos del Hospital de Iquitos, febrero de 2022", que tiene como objetivo determinar qué factores influyen en el número de caídas, centrándose en los pacientes que visitan la clínica ambulatoria del Hospital de Iquitos durante febrero de 2022. Se realizó un estudio analítico, transversal de los participantes que cumplieron con los criterios de inclusión, y se administraron la prueba Time Up and Go y un cuestionario de factores patológicos y sociodemográficos. El estudio contó con 162 participantes, la mayoría de los cuales, 48.1%, estaban en la categoría de Riesgo Bajo a Moderado de caídas. Los participantes eran en un 53.7% hombres y en un 46.3% mujeres, con el rango de edad más representativo de 60 a 64 años. El 57.4% de ellos tenía antecedentes de caídas. En las comorbilidades evaluadas, el 55.6% tenía hipertensión, el 11.7% tenía diabetes mellitus, el 6.2% tenía artritis reumatoide, el 3.7% tenía Alzheimer y el 6.8% tenía otras comorbilidades. Los medicamentos antihipertensivos fueron los más consumidos con un 50%. El 21.6% consumió agentes antiplaquetarios y el 13% consumió antidepresivos. El déficit sensorial más común fue la disminución visual con un 79.6%. El nivel más alto de educación alcanzada fue la educación secundaria con un 37.7%. La mayoría de los encuestados provenía de familias nucleares, 60.5%. Se encontraron asociaciones significativas en las siguientes comorbilidades: hipertensión ($p = 0.000$), diabetes tipo 2 ($p = 0.018$), y artritis reumatoide ($p = 0.009$). Se observaron asociaciones significativas con los siguientes medicamentos: diuréticos ($p = 0.03$), y sedantes ($p = 0.002$), y tranquilizantes ($p = 0.027$), y antihipertensivos ($p = 0.01$). El análisis de déficits sensoriales reveló que aquellos con disminuciones visuales estaban significativamente asociados ($p < 0.05$) ($p = 0.026$). La asociación con la edad fue significativa ($p < 0.05$), siendo la edad mayor correspondiente a un mayor riesgo de caídas. El nivel de riesgo de caída se vinculó significativamente con ser mujer ($p < 0.05$). En lo que respecta al análisis de la asociación con el núcleo familiar, se encontró una asociación significativa ($p < 0.05$) en pacientes que residían en familias

nucleares, demostrando un mayor riesgo de caídas con significancia (p = 0.000). Se concluye que múltiples factores (sexo, edad, hipertensión, diabetes tipo 2, artritis reumatoide, problemas visuales, antihipertensivos, diuréticos y sedantes) están vinculados al aumento del riesgo de caídas en los ancianos (7).

Trujillo y Panduro (Iquitos, 2020) redactaron el documento Evaluación de la Capacidad Funcional de las Personas Mayores en el Centro de Atención Integral para Personas Mayores – CIAM – de la Municipalidad Provincial de Maynas, Iquitos 2019, que busca analizar la capacidad funcional de los ancianos en el Centro de Atención Integral para Personas Mayores de la Municipalidad Provincial de Maynas. Este trabajo es una investigación cuantitativa con un diseño no experimental, transversal y descriptivo correlacional. Se utilizaron el Índice de Barthel, la escala de Lawton y Brody, entre otros, para determinar los niveles de autonomía o independencia de las personas mayores en las actividades diarias y actividades instrumentales de la vida diaria. El muestreo fue no probabilístico y por conveniencia. El estudio constó de 402 individuos mayores dentro del rango de edad de 65 a 95 años, con una edad media de 72 años; el 41% era mujer y el 59% era hombre; el 70.1% estaba casado, el 76.6% había completado la educación primaria, el 92.3% no practicaba ninguna actividad física; el 71.9% realizaba trabajos domésticos. Se encontró que para las actividades básicas de la vida diaria, la independencia funcional predominaba en el 82.3% de los ancianos hombres y mujeres, y por sexo, había un 78% de mujeres y un 85.2% de hombres. Para las actividades instrumentales de la vida diaria, el 68.4% de los participantes son funcionalmente independientes, desglosado más lejos, el 59.6% de las mujeres son funcionalmente independientes, y el 74.6% de los hombres son funcionalmente independientes (8).

1.2. Bases teóricas:

1.2.1. Capacidad funcional:

Como lo afirma Gómez en geriatría, una definición es ‘la habilidad intrínseca de primer orden, segundo orden o tercer orden de una persona para ejecutar actividades de la vida diaria, sin que la persona necesite supervisión, dirección o asistencia de otros; es decir, la capacidad de la persona para realizar actividades de autoservicio y actividades sociales de una persona, día a día, en una gran cantidad de posibles variaciones y complejidades’. Esta habilidad está asociada con la autonomía, y en este caso es el poder de decidir, actuar y asumir responsabilidades por sí mismo (9).

Valoración de la espera funcional en adultos mayores:

Implica la formulación y la coordinación de una combinación única de habilidades físicas, mentales y sociales, lo que lleva a la capacidad de abordar y enfrentar los desafíos que plantea el entorno. Para la medicina geriátrica, esta forma de evaluación es invaluable. Sirve para medir los niveles de dependencia del paciente y para establecer objetivos específicos e individualizados para el tratamiento y la rehabilitación del paciente. Además, este tipo de evaluación es indispensable para diseñar e implementar estrategias de intervención que tengan como objetivo no solo reducir, sino también evitar el deterioro funcional adicional del individuo. Esto es vital para la autonomía del individuo, el elemento más valioso del bienestar (9).

Las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD):

Estas actividades están enfocadas en el cuidado y mantenimiento del propio cuerpo físico. Ocurren a diario y, en muchos casos, casi

de manera instintiva y desde un punto de vista práctico son críticas para sobrevivir.

Ejemplos de estas actividades son:

- Llevar Comida a Tu Boca: Esto implica la acción completa de comer e incluye masticar y el acto de tragar comida.

- Higiene Personal: Esto implica lavar, enjabonarse y enjuagar todo el cuerpo. También incluye el acto de limitar o controlar el desbordamiento de desechos del cuerpo, también conocido como usar el inodoro.

- Vestirse: Esto incluye la actividad de ponerse y quitarse la ropa, y el acto de elegir ropa apropiada para usar según el clima o la ocasión.

- Movilidad: Esto se refiere a la capacidad de realizar movimientos para completar las actividades del día a día.

- Sueño y Descanso: Esto se refiere al acto de planificar y organizar los descansos necesarios que se deben tener durante el trabajo, o al participar en otras actividades, para garantizar que el cuerpo esté adecuadamente rejuvenecido y revitalizado (10).

Índice De Barthel:

El Índice de Barthel (IB) es una herramienta estadounidense esencial en el área de la evaluación funcional y la rehabilitación, destinada a medir la capacidad de un individuo para ejecutar diez Actividades de la Vida Diaria (AVDs) imparciales, esenciales para la autosuficiencia del individuo. El índice facilita una evaluación de la autosuficiencia de la persona, proporcionando una puntuación

sobre la capacidad funcional de la persona en relación con las actividades diarias mencionadas (11).

El Índice Barthel asigna un valor a cada actividad basado en un promedio del tiempo tomado para realizar la actividad y el nivel de asistencia manual requerida (si la actividad no se realiza de forma independiente) mientras se evalúa al paciente. Por lo tanto, esta herramienta no solo ofrece una visión general de la capacidad funcional del encuestado, sino que también identifica problemas específicos. Así, este enfoque ofrece la oportunidad de formular objetivos de rehabilitación específicos, al mismo tiempo que establece los medios para maximizar la capacidad del encuestado para ser funcionalmente independiente (11).

1.2.2. Riesgo de caídas

Definición de caídas:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define una caída como un evento no intencional que provoca que el individuo pierda el equilibrio y afecta al cuerpo contra el suelo o una superficie firme que detiene el descenso del cuerpo. Las lesiones resultantes de caídas pueden ser graves e incluso llevar a la muerte (12).

Alrededor de 646,000 personas mueren cada año por lesiones accidentales por caídas. Esto coloca las caídas como la segunda causa principal de muertes por lesiones no intencionales, siendo los accidentes de tráfico la única causa de muertes por lesiones no intencionales. El 80% de las muertes por caídas ocurren en países de ingresos bajos y medianos debido a infraestructuras de salud y seguridad menos desarrolladas. El 60% de las muertes por caídas ocurren en las áreas del Pacífico Occidental y el Sureste de Asia donde hay una alta población y un sistema de salud con baja capacidad. Las personas mayores de 60 años tienen la tasa de

mortalidad más alta debido a caídas, lo que enfatiza la necesidad de intervenciones para proteger a este grupo de edad (13).

Factores de riesgo asociados con caídas:

- Enfermedades crónicas: Trastornos como la enfermedad de Parkinson, varias demencias y enfermedades cerebrovasculares afectan tus procesos cognitivos y motores, aumentando las probabilidades de caídas.

- Impedimento visual: La visión afectada por cataratas, retinopatía y/o glaucoma puede contribuir a la pérdida de estabilidad y a una mayor probabilidad de caídas.

- Sistema vestibular: La pérdida de equilibrio debido al envejecimiento puede verse agravada por la osteoporosis, traumatismos, infecciones del oído y ciertos medicamentos como furosemida, aspirina y algunos antibióticos.

- Sistema musculoesquelético: Los cambios relacionados con la edad en tus sistemas muscular y esquelético, así como problemas en los pies como callos y juanetes, pueden disminuir tu estabilidad y aumentar así la posibilidad de caídas.

- Sistema nervioso: Causas importantes de problemas con la marcha son los cambios vasculares o degenerativos de la corteza cerebral y anormalidades en las vías de los sistemas piramidales, extrapiramidales o cerebelosos.

- Enfermedades recientes: Las caídas pueden ocurrir debido a infecciones o condiciones crónicas empeoradas como la insuficiencia cardíaca congestiva.

- Múltiples medicamentos: Aproximadamente el 81% de los ancianos toman medicamentos, siendo dos tercios los que regularmente toman tres o más.

- Abuso de drogas: Los adultos mayores pueden no cumplir con la medicación, pueden estar confundidos acerca de sus medicamentos y pueden automedicarse. Combinado con múltiples comorbilidades, esto aumenta la tasa de reacciones adversas a los medicamentos y, por tanto, el riesgo de caídas. (14).

Valoración del riesgo de caídas en adultos mayores

Esta evaluación ayuda a establecer los riesgos potenciales de caídas entre la población mayor para que se puedan implementar estrategias para mitigar los riesgos. De los diversos métodos disponibles, este es el más fácil de usar, conciso y eficiente.

Escala J.H. Downton

Varios elementos influyen en el riesgo de caídas. La Escala J.H. Downton analiza el historial de caídas, la causa y los factores de riesgo individuales del paciente, incluida la edad. Cada categoría puede ganar 0 o 1 puntos y puntuar 3 o más es una indicación de un posible riesgo de caída.

Los siguientes elementos se tienen en cuenta en la escala:

- Historial de caídas anteriores
- Uso de medicación
- Déficits sensoriales
- Estado mental
- Capacidad para ambular

Una vez que se completa la evaluación del riesgo de caída, el paciente se clasifica en una de dos categorías (alto o bajo riesgo) y se implementa un conjunto de medidas de precaución básicas correspondientes a los riesgos encontrados. También se proporciona educación a la familia y cuidadores del paciente para fomentar la adherencia a las medidas prescritas (15).

Dimensiones del riesgo de caídas

- Dimensión de Caídas Previas: Esta dimensión se centra en los incidentes pasados de caídas en adultos mayores, y la motivación, recurrencia y circunstancias que rodearon estos incidentes. El objetivo de la evaluación es incluso básico. Busca determinar las probabilidades de caídas subsiguientes y determinar posibles soluciones con anticipación.

- Dimensión Medicamentos: Esta dimensión evalúa el impacto de algunos medicamentos en el riesgo de caídas entre los ancianos. Esta dimensión estudia específicamente el impacto de algunos medicamentos que se sabe que aumentan el riesgo de caídas, como los antiinflamatorios no esteroides, antidepresivos tricíclicos, diuréticos, antidepresivos, etc.

- Dimensión Déficit Sensorial: Esta dimensión explora los casos del sistema nervioso donde hay problemas de recepción, integración y procesamiento de estímulos, que pueden estar relacionados con los cinco sentidos, es decir, olfato, gusto, audición y vista. Los déficits en cualquiera de estos sentidos pueden causar disfunciones sociales, psíquicas y biológicas y pueden obstaculizar la autonomía, independencia y funcionalidad del individuo.

- Dimensión Estado Mental: Esta evalúa el estado cognitivo de una persona mayor. Esto se sub-clasifica en dos tipos: la

persona mayor orientada que puede identificar el tiempo, el lugar y la situación, y la persona mayor desorientada, que puede estar sufriendo de las primeras fases de demencia. Tal confusión puede afectar en gran medida la frecuencia con la que ocurren las caídas.

- Dimensión Ambulación: Esta analiza cómo se mueve el adulto mayor y específicamente si camina de manera activa y tiene control, fluidez y coordinación en sus movimientos. Esto evalúa la capacidad de la persona para moverse estratégicamente en la forma y dirección que desea. Esto es crítico para preservar el equilibrio y evitar caídas (15).

1.2.3. Adulto mayor:

Según la Organización Mundial de la Salud, de 60 a 74 años es el rango considerado como adultez mayor, de 75 a 91 años es el rango de ancianos, y por encima de 90 años se clasifica como muy anciano o de vida larga. Esta fase de la vida se caracteriza por los ajustes del cuerpo que disminuyen gradualmente frente al entorno externo. Esto refleja múltiples cambios biológicos, psicológicos y sociales que definen la vida después de la madurez (16).

Esta etapa de la vida implica una interacción compleja tanto de los aspectos más positivos como de los más negativos del proceso de envejecimiento. Estos pueden ser biológicos, donde hay cambios que ocurren en el funcionamiento de varios sistemas orgánicos, un compromiso en la capacidad de respuesta a estímulos externos y una vulnerabilidad creciente a diversas enfermedades y/o discapacidades. Psicológicamente, se pueden observar cambios en la memoria, el estado de ánimo y la evaluación subjetiva del estado de bienestar de una persona. Socialmente, los adultos mayores pueden experimentar dificultades en la participación

comunitaria, la relinquización de roles y la adaptación a las cambiantes relaciones familiares y sociales (17).

Las personas mayores son sujetos de derechos y poseen un papel activo de participación y responsabilidad hacia sí mismos, hacia sus familias y hacia sus comunidades. Su envejecimiento difiere como resultado de experiencias personales y eventos significativos, y cambios de circunstancias a lo largo de su vida. Este fenómeno del envejecimiento tiene tanto continuidad como discontinuidad, ya que las personas evolucionan y se transforman constantemente en respuesta a los desafíos y oportunidades. Por eso, el envejecimiento es un fenómeno complejo, y para entender a las personas mayores, es necesario comprender la complejidad del fenómeno (17).

Envejecimiento:

Todos los organismos vivos atraviesan un proceso de envejecimiento que es "progresivo, complejo, implacable y extremadamente variable". Este proceso afecta diferentes órganos y diferentes personas de distintas maneras.

El envejecimiento comienza después de un período de madurez. En este punto, el organismo comienza a declinar en su capacidad para realizar funciones biológicas. Este declive ocurre simultáneamente en varios niveles, y puede desglosarse en cambios a niveles celulares, de tejido y de sistema de órganos. La ineficiencia progresiva del sistema puede ser biológica, ambiental y conductual.

El envejecimiento tiene consecuencias biológicas, particularmente en la capacidad del organismo para mantener la homeostasis. Los sistemas homeostáticos se vuelven más vulnerables a las enfermedades y responden a lesiones y estrés con mayor inactividad. Los cambios relacionados con la edad en el sistema biológico también pueden causar una disminución en la eficiencia

del sistema biológico, como un descenso en la densidad ósea, la elasticidad de la piel, la capacidad cognitiva y la función del sistema inmunológico. Los cambios relacionados con la edad en los sistemas biológicos también dan como resultado una mayor proporción de grasa corporal y una disminución de la masa muscular (18).

CIAM (Centro Integral de Atención al Mayor) es un servicio municipal orientado a los ancianos, y su objetivo es promover un envejecimiento activo y saludable. Talleres recreativos y manualidades, ejercicio físico, prevención de la salud y actividades culturales y sociales, además de apoyo social y asesoramiento, son algunas de las actividades ofrecidas con el fin de mejorar la calidad de vida de los clientes y fomentar su integración comunitaria (18).

Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem:

Como se contiene en la Teoría del Déficit de Cuidado Personal de Orem, el déficit de cuidado personal en los adultos mayores se refiere a las deficiencias en la práctica del autocuidado, que podrían dar lugar a complicaciones negativas debido a la ausencia o a un deterioro de los medios cognitivos, emocionales o físicos para realizar el autocuidado necesario para mantener el estado de salud, bienestar y calidad de vida. En la atención geriátrica, especialmente en los adultos mayores, las prácticas de autocuidado podrían ser limitadas debido a procesos degenerativos crónicos, debilitantes o naturales inducidos por la edad que afectan los sentidos o por factores de riesgo ambientales que puedan existir en los entornos de vida/trabajo de los adultos mayores.

En la teoría de Orem, el déficit de autocuidado en los adultos mayores y la ausencia en la práctica del autocuidado son directamente responsables y constituyen un riesgo de que ocurran complicaciones negativas en la práctica del autocuidado. Afortunadamente, las intervenciones de enfermería, como las precauciones contra caídas, pueden disminuir el riesgo de lesiones,

muerte y pérdida de autonomía debido a déficits de autocuidado. Dentro de este marco conceptual, la Evaluación de Abuso de Ancianos en Enfermería es un ejemplo del componente de enfermería en la evaluación compleja del paciente anciano. Los factores extrínsecos perjudiciales, incluidos los peligros ambientales como la mala iluminación y el desorden, pueden aumentar el riesgo de caídas cuando se combinan con factores intrínsecos como debilidad muscular y visión/equilibrio alterados. El objetivo de los modelos de cuidado descritos y las intervenciones de enfermería es mejorar la estabilidad muscular y postural disminuida de la persona anciana y aumentar su autonomía e independencia funcional. Las acciones de enfermería dirigidas a la prevención de caídas tienen como objetivo final mejorar el proceso de envejecimiento (19).

1.3. Definición de términos básicos

Capacidad funcional: Es la habilidad para completar las actividades de la vida diaria (AVD) de manera independiente y sin supervisión ni ayuda. Los adultos mayores pueden perder capacidad funcional y, como resultado, pueden necesitar asistencia para completar estas actividades (20).

Riesgo de caídas: Definido como un incidente involuntario en el cual una persona pierde el equilibrio y cae al suelo o a otra superficie dura (20).

Caídas: La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica las caídas como incidentes voluntarios, donde hay una pérdida de equilibrio, y el cuerpo desciende al suelo u otra superficie. La OMS también afirma que una caída recurrente es un evento que ocurre 2 o más veces al año (21).

Adulto mayor: Las Naciones Unidas (ONU) consideran a las personas de 60 años en adelante como adultos mayores. Sin embargo, en los países desarrollados esto se considera que comienza a los 65 años (22).

CAPÍTULO II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. Descripción del problema

A nivel mundial, las caídas son una de las preocupaciones de salud más graves. En 2021, la Organización Mundial de la Salud estimó que 684,000 personas mueren cada año debido a caídas. Excluyendo los accidentes de tráfico, el número de muertes debido a caídas es la segunda causa más mortal de lesiones no intencionales. Dependiendo del estudio, entre el 28% y el 35% de las personas de 64 años en adelante experimentan una caída, y entre el 32% y el 43% de las personas de 70 años en adelante experimentan una caída. Las caídas son comunes, y la incidencia aumenta con la edad y la fragilidad. La tasa de caídas aumenta significativamente con la edad y la fragilidad en personas en instituciones. Se estima que entre el 30% y el 60% de las personas institucionalizadas caen cada año y que el 40% de esas personas son reincidentes en caídas (23).

Un estudio realizado en 2018 en 7 de las ciudades más grandes del Caribe y América Latina encontró que el 21.6%-34% de las personas de 60 años o más experimentaron una caída el año anterior. Un estudio sobre salud y nutrición realizado en México encontró que aproximadamente 1/3 de los adultos mayores que viven en la comunidad caen, y el 50% de esos individuos caen múltiples veces. Además, el estudio encontró que las mujeres mayores caen más que los hombres mayores, y solo el 40% de las personas que cayeron buscaron atención médica (24).

La tasa de frecuencia de caídas para personas mayores de 80 años es de 1 de cada 2, y la evidencia indica que en Perú 1 de cada 3 personas mayores de 65 años experimentan caídas anuales. El 75% de las personas mayores de 80 años tienen caídas recurrentes. El 68% de las caídas de adultos mayores resultan en lesiones y el 25% de esas lesiones incurre en un costo médico. Los adultos mayores que han caído tienen 3 veces más probabilidades de requerir una admisión médica y el 50% de

esas admisiones médicas son por caídas. El 5% de las caídas resultan en una fractura y de esa cifra, el 1% son fracturas de cadera (25).

La combinación de factores intrínsecos relacionados con el estado de salud del individuo y factores de riesgo extrínsecos relacionados con el entorno causan caídas en los adultos mayores. Esto puede atribuirse a la insuficiente adaptación del adulto mayor a su entorno, falta de movilidad, condiciones médicas discapacitantes, deterioro cognitivo y los efectos secundarios de ciertos medicamentos, como sedantes, antidepresivos y tranquilizantes (26).

Las consecuencias más graves de las caídas incluyen depresión y aislamiento social, neumonía por aspiración, lesiones de tejidos blandos, hemorragia interna, fracturas y un mayor riesgo de disminución de la movilidad. Las caídas también pueden disminuir la capacidad funcional general y llevar a una pérdida de independencia (27).

La vulnerabilidad aumentada a factores de riesgo tanto internos como externos y a enfermedades crónicas sin causas infecciosas conocidas es parte del envejecimiento normal y su gradual declive funcional asociado. La capacidad funcional de una persona mayor abarca su habilidad para vivir de manera independiente e interactuar con su entorno (28).

Los pacientes ancianos pueden caerse debido a la falta de conciencia sobre el deterioro de sus habilidades funcionales. Esto podría deteriorar su condición clínica, así como aumentar las posibilidades de caídas repetidas. Esto hace que la evaluación de la capacidad funcional sea un componente importante para determinar la respuesta al tratamiento y para ofrecer información útil en la planificación del tratamiento a medida que evoluciona la presentación clínica (29).

Esta investigación se llevará a cabo en el Centro Integral de Atención a Ancianos (CIAM), ubicado en Iquitos, donde se analizarán aproximadamente 250 pacientes. Los pacientes tienen numerosas

comorbilidades y son los más afectados por caídas y las complicaciones resultantes, que a su vez, deterioran severamente su capacidad funcional. Por lo tanto, es importante evaluar la relación entre los riesgos relacionados con caídas y la capacidad funcional de los adultos mayores en este centro. Esto ayudará en el desarrollo detallado de intervenciones para los déficit y necesidades especificados.

2.2. Formulación del problema

- ¿Existe relación entre la capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores que acuden al centro integral de atención al adulto mayor, Iquitos 2025?

2.3. Objetivos

2.3.1. Objetivo general

- Determinar la relación entre la capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores que acuden al centro integral de atención al adulto mayor, Iquitos 2025.

2.3.2. Objetivos específicos

- Identificar la capacidad funcional en adultos mayores que acuden al centro integral de atención al adulto mayor, Iquitos 2025.

- Identificar los riesgos de caídas en adultos mayores que acuden al centro integral de atención al adulto mayor, Iquitos 2025.

- Relacionar la capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores que acuden al centro integral de atención al adulto mayor, Iquitos 2025.

2.4. Hipótesis:

H1: Existe relación estadísticamente significativa entre la capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores que acuden al centro integral de atención al adulto mayor, Iquitos 2025.

H0: No existe relación estadísticamente significativa entre la capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores que acuden al centro integral de atención al adulto mayor, Iquitos 2025.

2.5. Variables

2.5.1. Identificación de variables

Variable independiente: Riesgos de caídas

Variable dependiente: Capacidad funcional

2.5.2. Definición conceptual y operacional de las variables:

Definición conceptual: Riesgo de caídas: se refiere a cualquier ocurrencia no intencionada en la que uno pierde su equilibrio y posteriormente cae al suelo o a cualquier superficie dura. (20)

Definición operativa: Riesgos de caídas: estas son las consecuencias que surgen de la interacción de elementos intrínsecos, como problemas personales, y elementos extrínsecos, como medicamentos y los métodos de acción involucrados. Así, se utilizará la escala JH Downton para evaluar el riesgo de caídas y está diseñada para clasificar el riesgo como bajo o alto entre las personas mayores bajo el cuidado del CIAM.

Definición conceptual: Capacidad funcional: Es la habilidad que un individuo posee para llevar a cabo las AVDs de manera independiente, sin ningún tipo de supervisión o apoyo. Se necesita mucha asistencia en estas actividades por parte de los adultos mayores debido a su progresiva pérdida de funcionalidad (19).

Definición operacional: Capacidad funcional: Los cuidadores de adultos mayores en CIAM evaluarán el índice de Barthel, que ha sido diseñado para valorar la capacidad funcional de los seres humanos. Esta escala de capacidad funcional se clasifica en cuatro categorías: severa, extrema, moderada y ligera, evaluando la capacidad de la persona para realizar actividades básicas de la vida diaria.

2.5.3. Operacionalización de las variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Valores	Escala de medición
Riesgo de caídas	Riesgo de caídas: se refiere a cualquier ocurrencia no intencionada en la que uno pierde su equilibrio y posteriormente cae al suelo o a cualquier superficie dura. (20)	Riesgos de caídas: estas son las consecuencias que surgen de la interacción de elementos intrínsecos, como problemas personales, y elementos extrínsecos, como medicamentos y los métodos de acción involucrados. Así, se utilizará la escala JH Downton para evaluar el riesgo de caídas y está diseñada para clasificar el riesgo como bajo o alto entre las personas mayores bajo el cuidado del CIAM.	Caídas previas	Si No	Riesgo de caída bajo: Puntaje de 0 – 2 Riesgo de caída alto: Puntaje de 3 a más	Nominal
			Medicamentos	Ninguno Tranquilizantes Diuréticos Hipotensores Anti parkinsonianos Antidepresivos Otros medicamentos		
			Déficit sensorial	Ninguno Alteraciones auditivas Alteraciones visuales Extremidades (parálisis)		
			Estado mental	Orientado Confuso		
			Deambulación	Normal Seguro con ayuda Insegura con/sin ayuda Imposible		
Capacidad funcional	Capacidad funcional: Es la habilidad que un individuo posee para llevar a cabo las AVDs de manera independiente, sin ningún tipo de supervisión o apoyo. Se necesita mucha asistencia en estas actividades por parte de los adultos mayores debido a su progresiva pérdida de funcionalidad (19).	Capacidad funcional: Los cuidadores de adultos mayores en CIAM evaluarán el índice de Barthel, que ha sido diseñado para valorar la capacidad funcional de los seres humanos. Esta escala de capacidad funcional se clasifica en cuatro categorías: severa, extrema, moderada y ligera, evaluando la capacidad de la persona para realizar actividades básicas de la vida diaria.	Actividades básicas de la vida diaria	– Comer – Bañarse – Vestirse – Arreglarse – Deposición – Micción – Ir al retrete – Traslado a la cama – Deambulación – Subir y bajar las escaleras	Capacidad funcional ligera: Puntaje de 80 – 100 Capacidad funcional moderada: Puntaje de 60 – 80 Capacidad funcional grave: Puntaje de 45 – 59 Capacidad funcional severa: Puntaje < 45	Nominal

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

Tipo de Investigación:

El estudio actual ha sido considerado como investigación cuantitativa basada en la concentración en una variable particular con el uso de técnicas numéricas y varios métodos estadísticos. Los resultados presentados fueron medibles y proporcionaron una base para el análisis numérico, lo que hizo posible extrapolar los resultados a la población de estudio. Además, las técnicas empleadas proporcionaron una base para que otros investigadores pudieran replicar el estudio en otros lugares, dentro de un marco científico de medición y cuantificación de datos.

Diseño de investigación:

Dado que las variables no fueron manipuladas ni examinadas en el contexto en el que ocurrió el estudio, este estudio de caso de investigación debe clasificarse como no experimental.

Además, esta investigación fue caracterizada como descriptiva porque el objetivo principal de los estudios descriptivos es representar, elucidar y, en última instancia, confirmar los hallazgos del estudio. Los estudios descriptivos investigan fenómenos de investigación y utilizan uno de los siguientes métodos analíticos, como la descripción, el registro y la interpretación de la naturaleza, constitución o proceso del fenómeno de investigación.

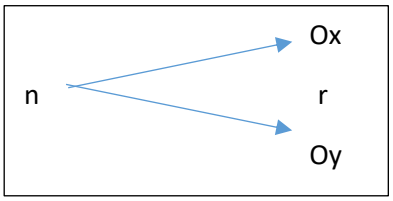
La investigación fue clasificada como correlacional porque construyó la asociación entre variables, tratando de explicar la relación entre variables sin que las variables fueran directamente alteradas.

Por último, la investigación fue prospectiva debido a la recolección de datos que se llevó a cabo mientras el fenómeno estaba ocurriendo, lo que proporcionó el estudio analítico del fenómeno y la anticipación del posible fenómeno.

Área de estudio:

Centro integral de atención al adulto mayor CIAM, Iquitos

El esquema es el siguiente.



Donde.

n = Muestra

OX, = Variable 1(Riesgo de caídas).

Oy = Variable 2 (Capacidad funcional).

r = Relación que se busca entre las variables de estudio.

3.2. Población y muestra:

El conjunto de la población estuvo constituido por 250 adultos mayores que asisten al Centro de Atención Integral de la Ancianidad CIAM, Iquitos.

Muestra

La muestra se obtuvo de la población objeto de estudio, aplicando una fórmula estadística para poblaciones finitas.

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

Donde:

N = Población

n = tamaño de muestra

p = 50% Probabilidad de participación de los adultos mayores en el estudio.

q = 50% Probabilidad de no participación de los adultos mayores en el estudio.

E = Error estándar de la estimación que debe ser 0,05

Z = 1,96 Coeficiente de confianza para 95% de confianza.

$$n = \frac{250\ (1{,}96)^2\ (0{,}50)\ (0{,}50)}{(0{,}05)^2\ (250\text{-}1) + (1{,}96)^2\ (0{,}50)\ (0{,}50)}$$

n = 152 calculado en epi info

152 adultos mayores que visitan el Centro de Atención Integral para Adultos Mayores (CIAM) en Iquitos formaron el tamaño de la muestra.

Todos los adultos mayores que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión tuvieron la misma oportunidad de ser seleccionados para participar a través de un método conocido como muestreo aleatorio simple.

Tamaño de la muestra:

La muestra incluyó a 152 adultos mayores del Centro de Atención Integral para Adultos Mayores CIAM, Iquitos.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores (masculinos y femeninos) del Centro de Atención Integral para Adultos Mayores CIAM, Iquitos.
- Personas mayores de 65 años que sean alfabetas.
- Personas mayores que estén libres de discapacidades auditivas y visuales.
- Participantes que proporcionaron consentimiento informado para el estudio.

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores (masculinos y femeninos) que no son miembros del Centro de Atención Integral para Adultos Mayores CIAM, Iquitos.

- Adultos menores de 65 años que sean analfabetos.

- Personas mayores que tengan discapacidades auditivas y visuales.

- Personas mayores que no proporcionaron consentimiento informado para el estudio.

3.3. Técnicas e instrumentos y procedimientos de recolección de datos.

Técnica:

Técnica: Cada una de las encuestas es personalizada y adaptada a cada uno de los participantes, asegurando que se recoja la mejor calidad y detalle posible para alcanzar los objetivos de la investigación. Permite la recolección de información directa y específica y enriquece el proceso de recolección de datos para los objetivos de la investigación, para responder a las preguntas en detalle de primera mano.

Instrumentos:

Para evaluar la primera variable, que es el riesgo de caídas, se aplicará lo siguiente:

Escala: Escala de Riesgo de Caídas de J. H. Downton:

Esta escala fue diseñada por JH Downton en Gran Bretaña en 1994 para evaluar las causas y preocupaciones del riesgo de caídas en personas mayores. Con esta escala, los evaluadores pueden evaluar el riesgo de caídas en personas mayores con diferentes atributos e implementar medidas de prevención del riesgo de caídas. La escala permite a los evaluadores evaluar el riesgo de caídas e implementar medidas para prevenir futuras caídas. Es un cuestionario de 30 ítems, que incluye 5

dimensiones: caídas previas (2 ítems), medicamentos (7 ítems), déficit sensorial (4 ítems), estado mental (2 ítems) y movilización (4 ítems).

La segunda variable, la capacidad funcional, utilizará lo siguiente:

Escala: Índice de Barthel Autor Mahoney y Barthel

El Índice de Barthel tiene dos secciones. La primera recopila información epidemiológica como edad, género y estado civil. La segunda contiene 10 ítems que evalúan los componentes esenciales de la vida diaria: alimentación (3 ítems), baño (2 ítems), vestirse (3 ítems), cuidado personal (2 ítems), control intestinal (3 ítems), control urinario (3 ítems), uso del inodoro (3 ítems), traslados (4 ítems), caminar (4 ítems) y subir escaleras (3 ítems). 100 puntos es la puntuación máxima, que representa la capacidad del anciano para llevar a cabo actividades de autocuidado diario de manera autónoma, y cuanto más baja sea la puntuación, mayor será la dependencia (31).

La confiabilidad y validez de los instrumentos

Las dos herramientas tienen buena validez como se ha demostrado en investigaciones anteriores. La Escala de Riesgo de Caídas de J. H. Downton ha recibido reconocimiento mundial y demuestra buena validez de contenido y de criterio para la identificación temprana de factores de riesgo relacionados con la caída de personas mayores. Asimismo, el Índice de Barthel cuenta con varios estudios válidos que evalúan la capacidad funcional.

Con respecto a su fiabilidad, estudios anteriores citan puntajes de Alpha de Cronbach superiores a 0.70 para la Escala de Downton y alrededor o superiores a 0.90 para el Índice de Barthel, mostrando alta consistencia interna para sus usos iniciales. En el estudio actual, los valores obtenidos

fueron menores, posiblemente debido al tamaño de la muestra o características específicas de la población evaluada. Sin embargo, la fiabilidad y validez han sido suficientemente documentadas para considerar ambos instrumentos apropiados para capturar las variables delineadas en este estudio.

Procedimiento seguido en la recolección de datos:

- La solicitud de autorización se presentó a través de la oficina del decano de la Facultad de Enfermería de la Universidad Científica del Perú (UCP) y la oficina del director del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor (CIAM), Iquitos, para la evaluación y autorización para la implementación de las herramientas de investigación.
- Tras obtener la autorización pertinente, se contactó al director de investigación del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor (CIAM) Iquitos para obtener los permisos necesarios para llevar a cabo la investigación.
- Las personas mayores de la muestra fueron encuestadas después de obtener su consentimiento informado.
- La recolección de datos se realizó durante un período de treinta (30) días, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 12:00 del mediodía.
- La única persona responsable de la recolección de datos fue el investigador.
- El investigador luego procedió a analizar e interpretar los datos.

3.4. Procesamiento y análisis de datos

Este estudio utilizó SPSS versión 22 para construir una base de datos. Para el análisis univariado, las medidas de tendencia central son una parte de las estadísticas descriptivas. Este método resume y describe las características principales de las variables importantes.

Para el análisis inferencial, se utilizó la prueba estadística de Chi-Cuadrado (X2). Se estableció un nivel de significancia de $p < 0.05$, lo que significa que los resultados con una probabilidad de ocurrencia inferior al 5% son estadísticamente significativos. La prueba de Chi-Cuadrado es ideal para evaluar la asociación entre variables categóricas y, como tal, evaluará la significancia estadística.

3.5. Aspectos éticos

A lo largo del proceso de estudio, se describirá lo siguiente para asegurar que se protegerán los derechos humanos y los principios fundamentales de la ética y la bioética:

- Autonomía: Se ejerció durante el proceso de recolección de datos tanto de manera directa como indirecta.
- Confidencialidad: Los investigadores utilizaron los datos recopilados para este estudio únicamente.
- Beneficencia: Los investigadores utilizaron los datos recopilados para este estudio únicamente.
- No maleficencia: Los datos se proporcionaron de manera anónima, la información se presentó en un formato agrupado y no creará repercusiones en el ámbito profesional.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1. Resultados

Tabla 1. Capacidad funcional en adultos mayores que acuden al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor (CIAM), Iquitos, 2025.

Capacidad funcional	F	%
Ligero	40	26.3
Moderado	82	53.9
Grave	30	19.7
Total	152	100

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 1, con respecto al 100% (152) de adultos mayores, se observa que 82 adultos mayores (53.9%) tienen capacidad funcional moderada, luego 40 adultos mayores (26.3%) tienen capacidad funcional leve y 30 adultos mayores (19.7%) tienen capacidad funcional severa.

Tabla 2. Riesgo de caídas en adultos mayores que acuden al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor (CIAM), Iquitos, 2025.

Riesgo de caídas	F	%
Riesgo bajo	38	25.0
Riesgo alto	114	75.0
Total	152	100

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 2, del 100% (152) de adultos mayores, 114 adultos mayores (75.0%) están en alto riesgo de caídas y 38 adultos mayores (25.0%) están en bajo riesgo de caídas.

Tabla 3. Capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores que acuden al centro integral de atención al adulto mayor, Iquitos 2025.

Capacidad funcional	Riesgo bajo	Riesgo alto	Total	Chi-cuadrado
Ligero	25	15	40	
Moderado	10	72	82	$\chi^2 = 28.54$
Grave	3	27	30	0.000
Total	38	114	152	

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 3 que de 152 adultos mayores encuestados, el 47.4% (72) muestra un deterioro funcional moderado y un alto riesgo de caída, mientras que el 17.8% (27) muestra un deterioro funcional severo con alto riesgo de caída. Esto también confirma que de 152 adultos mayores encuestados, el 16.4% (25) presenta un deterioro funcional leve y un bajo riesgo de caída.

Se puede ver en estas cifras que los adultos mayores se clasificaron en dos grupos: bajo y alto riesgo de caída. Hubo un 75.0% (114) de adultos mayores que fueron clasificados en el grupo de alto riesgo de caída, en su mayoría con deterioro funcional moderado y severo, mientras que solo el 25.0% (38) fue clasificado en el grupo de bajo riesgo de caída, mayormente en el grupo de deterioro funcional leve. Se puede observar una clara tendencia: cuanto más funcional es el adulto mayor, mayor será el riesgo de caídas que afrontará, Iquitos CIAM, 2025.

Tabla 4. Prueba de Chi-cuadrado entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas en adultos mayores que acuden al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor (CIAM), Iquitos, 2025.

Prueba	Valor	gl	Sig. (p)
Chi-cuadrado	28.54	2	0.000
N de casos	152		

La Tabla 4 muestra los resultados sobre la relación de la capacidad funcional y el riesgo de caídas de adultos mayores en el Centro de Atención Integral a Adultos Mayores (CIAM), Iquitos, 2025. Con una muestra de 152 participantes, se determinó con la prueba de Chi-cuadrado el valor de $\chi^2 = 28.54$ con 2 grados de libertad, y el límite de significancia fue $p = 0.000$ ($p < 0.05$), demostrando la existencia de una relación estadísticamente significativa entre las variables en estudio.

Al considerar los resultados anteriores, se acepta la hipótesis de investigación (planteando el asunto del valor p), y se rechaza la hipótesis nula, concluyendo que hay una relación significativa entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas de adultos mayores en el CIAM, Iquitos, 2025.

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN, CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

5.1. Discusión

La investigación actual buscó determinar la asociación de la capacidad funcional con el riesgo de caídas entre adultos mayores que asisten al Centro de Atención Integral para Adultos Mayores (CIAM), Iquitos, 2025, centrándose en la evaluación de la capacidad funcional, la evaluación del riesgo de caídas y la correlación entre ambas en una población de 152 adultos mayores.

Con respecto a la capacidad funcional, el estudio encontró que el 53.9% de los adultos mayores tenía capacidad funcional moderada, el 26.3% tenía capacidad funcional ligera, mientras que el 19.7% tenía capacidad funcional severa. Esto indica que más de la mitad de la población tiene algún nivel de dificultad con sus actividades de la vida diaria. Estos hallazgos son consistentes con los hallazgos de Orrala (1) que reportó que las personas mayores tenían una predominancia de dependencia moderada (46%) y severa (21%). Esto también es similar a Rojas y Guzmán (2) quienes encontraron que el 81% de los adultos mayores tenía dependencia moderada. De manera similar, Rivera (6) encontró que el 53.5% de los adultos mayores tenía dependencia moderada con un alto riesgo de caídas. Esto es consistente con la predominancia del mismo nivel de capacidad funcional encontrado en este estudio. A diferencia de los hallazgos de Trujillo y Panduro (8) quienes tuvieron una predominancia de independencia funcional en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, los hallazgos de este estudio concuerdan en que hay una variación debido a las características poblacionales estudiadas, el contexto institucional y el estado de salud de los participantes.

Destacándose entre otros grupos de edad, los adultos mayores muestran la mayor desventaja de lesiones y siguen siendo los más susceptibles al

riesgo de caídas, con el 75.0% de los adultos mayores observados mostrando un alto riesgo, y solo el 25.0% un bajo riesgo. Esto muestra un número alarmante de este grupo demográfico susceptible a caídas, y las posibles complicaciones físicas y funcionales que ello conlleva. Orrala (1) encontró que las personas mayores examinadas en su estudio tenían un alto riesgo de caídas en un 100% y un 80%, y Rojas y Guzmán (2) reportaron un riesgo alto de caídas del 79% para sus participantes. Rivera (6) encontró una alta proporción de personas mayores con riesgo de caída y también con dependencia moderada. Por otro lado, en comparación con el resto de los estudios, Chalco (7) informó un nivel de riesgo de caída bajo a moderado del 48.1%. Esto podría ser el resultado del contexto variable de su investigación, la demografía de la población y los instrumentos utilizados para la evaluación del riesgo de caídas.

En adultos mayores, la combinación de capacidad funcional moderada y alto riesgo de caídas estuvo presente en el 47.4% de los casos, mientras que la combinación de capacidad funcional severa y alto riesgo de caídas estuvo presente en el 17.8% de los casos, y el 16.4% de los adultos mayores con capacidad funcional ligera y bajo riesgo de caídas. Los datos muestran claramente que con una capacidad funcional más comprometida, mayor es el riesgo de caídas. Los resultados de la prueba de Chi-cuadrado respaldan aún más el hallazgo con un valor de $\chi^2 = 28.54$, 2 grados de libertad y $p = 0.000$ ($p < 0.05$) indicando una relación estadísticamente significativa fuerte entre las dos variables.

Similar a lo que se expone por Orrala (1), hay una relación entre el nivel de dependencia y el riesgo de caídas en la población anciana. Esto es también lo que Ortega (3) pudo comprobar en relación a la capacidad funcional y el riesgo de caídas. Además, en Arcelles y Fernández (4) la correlación positiva estuvo presente a un grado moderado y fue positiva y estadísticamente significativa para ambas variables ($p = 0.000$). De igual manera, la prueba CHi de Romero y Hervacio (5) en un caso encontró una

relación significativa y positiva entre el riesgo de caídas y la capacidad funcional (p = 0.000). Esto aumenta la evidencia de que un menor funcionamiento en la población mayor incrementa el riesgo de caídas en esta población. Rivera (6) encontró una gran consistencia con este fenómeno en personas mayores que tenían dependencia moderada, ya que fueron más del 50% en la categoría de alto riesgo de caídas. Este fenómeno también fue observado en el presente estudio.

Los hallazgos generales confirman que el riesgo de caídas aumenta en los adultos mayores con pérdida de la capacidad funcional. Esto subraya la necesidad de programas de prevención que apunten a la conservación y mejoría de la capacidad funcional, al fortalecimiento del equilibrio y a la educación de los adultos mayores. Esto debería reducir la incidencia de caídas y los problemas relacionados, mejorando la calidad de vida de los mayores beneficiarios del CIAM en Iquitos.

5.2. Conclusiones

1. En 2025, se confirmó que hay una correlación estadísticamente significativa entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas para los adultos mayores en el Centro de Atención Integral para Adultos Mayores (CIAM) Iquitos, utilizando la prueba de Chi-cuadrado ($\chi^2 = 28.54$; $p = 0.000$), donde se muestra que a menor capacidad funcional, mayor es el riesgo de caídas.
2. La mayoría de la capacidad funcional de los adultos mayores es moderada (53,9%), seguida de leve (26,3%) y severa (19,7%). Esto sugiere que la mayor parte de la población de adultos mayores tiene muchas limitaciones en su capacidad funcional y en sus actividades diarias, lo que aumenta su riesgo de caídas.
3. Con respecto al riesgo de caídas, se observó que el 75.0% de los adultos mayores están en alto riesgo, mientras que el 25.0% están en bajo riesgo. Esto muestra que la mayor parte de la población en estudio está en alto riesgo de caídas y sus asociadas complicaciones físicas y funcionales serias.
4. En relación a los adultos mayores con rangos de capacidad funcional moderada y severa que están en alto riesgo de caídas, y aquellos con capacidad funcional leve que están en bajo riesgo de caídas, se muestra un patrón de declive funcional y aumento del riesgo de caídas.
5. En general, estos resultados muestran que la evaluación continua de la capacidad funcional entre los adultos mayores es necesaria. Es fundamental para identificar, en una etapa temprana, a aquellos que potencialmente tienen un mayor riesgo de caída, y para iniciar acciones que preserven la función, disminuyan los incidentes de caídas y mejoren el bienestar general de los adultos mayores.

5.3. Recomendaciones

1. Se aconseja que tanto los estudiantes de pregrado como los de posgrado realicen y refinan investigaciones que incorporen otras variables, ya sean clínicas, sociales o ambientales, que se refieran a la capacidad funcional y al riesgo de caídas en los adultos mayores, para ayudar a crear una base científica que apoye el desarrollo de medidas de prevención de caídas más holísticas y el fomento del envejecimiento exitoso.
2. Se aconseja que las autoridades del Centro Integral de Adultos Mayores (CIAM) de Iquitos y la Dirección Regional de Salud aumenten y gestionen programas continuos de promoción, prevención y rehabilitación funcional para adultos mayores, particularmente aquellos programas que buscan mejorar la movilidad, el equilibrio y la independencia de los participantes para que puedan llevar a cabo actividades de la vida diaria de manera satisfactoria, con el fin de minimizar las probabilidades de caídas.
3. Se aconseja que los profesionales de enfermería y el equipo de salud ofrezcan una atención total personalizada a los adultos mayores con seguimiento, especialmente a aquellos cuya capacidad funcional se evalúa como moderada y severa, lo que incluye la participación de los adultos mayores en los programas de ejercicio que se adaptan a sus necesidades.
4. Se anima a los familiares y cuidadores de los adultos mayores que acuden al CIAM de Iquitos a participar en las actividades educativas del centro y ayudar a implementar medidas de seguridad en el hogar, seguir las recomendaciones del personal de salud y estar atentos a signos de deterioro funcional que podrían aumentar el riesgo de caídas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Orrala J. Grado de dependencia y el riesgo de caídas que tiene el adulto mayor del grupo de jubilados del IESS, comunidad Sinchal, provincia de Santa Elena, 2022. Tesis. Ecuador: Universidad estatal Peninsula Santa Elena, La libertad; 2021. Report No.: 3.

2. Maldonado. Capacidad funcional y riesgo de caídas en pacientes adultos mayores identificados en el Centro de Atención del Adulto mayor – Loja. Tesis. Ecuador: Universidad Nacional de Loja, Loja; 2021. Report No.: 1.

3. Ortega Avilés C. Capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores que acuden a la Unidad de Medicina Familiar no. 2, Xochitepec. Tesis. Mexico: universidad Autonoma de Mexico, Xochitepec, Morelos; 2020. Report No.: 2.

4. Chariarse F. Capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores de la Asociación Regional de Cesantes y Jubilados de Educación de Tacn. Tesis. Universidad Continental, Tacna; 2023. Report No.: 1.

5. Hervacio R. Riesgo de caídas con la capacidad funcional en adultos mayores atendidos en un centro de fisioterapia del distrito de Huaura. Tesis. Lima: universidad privada Del Norte, Lima; 2020. Report No.: 1.

6. Rivera Palacios F. Capacidad funcional con el riesgo de caída de loscapacidad funcional con el riesgo de caída de los de Paul". Tesis. Lima: universidad Norbert Wiener, Lima; 2022. Report No.: 1.

7. Chalco Araujo LT. Riesgo de caída y factores asociados en pacientes geriátricos del Hospital Iquitos, febrero 2022. Tesis. Iquitos: Universidad nacional de la Amazonia Peruana, Loreto; 2022. Report No.: 1.

8. Trujillo León N, Panduro Meza E. Valoración de la capacidad funcional de la persona de la tercera edad del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor - CIAM - de la Municipalidad Provincial de Maynas, Iquitos 2019. Tesis. Iquitos: Universidad Cientifica del Peru, Loreto; 2020. Report No.: 1.

9. Trujillo Ll. Grado de dependencia relacionado a la calidad de vida del adulto mayor del Centro de Salud El progreso. Chimbote [tesis licenciatura]. Perú: Universidad San Pedro; 2017 [Internet]. Disponible en: http://repositorio.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/855/Tesis_57783.pdf?sequence=1&isAllowed=y

10. Carballo-Rodríguez A, Estudio de prevalencia y perfil de caídas en ancianos 20 institucionalizados. Gerokomos [Internet] 2018 [acceso 17 de agosto del 2024]; 29(3): 110-116. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v29n3/1134-928X-geroko-29-0300110.pdf

11. Fernández M, Riesgo de caídas asociado al consumo de medicamentos en la población anciana. Revista de Calidad Asistencial [Internet] 2018 [acceso 17 de agosto del 2024]; 33(2): 65-118. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X18300083

12. Encalada L, Astudillo C, Alvarado L, Sánchez J. Prevalencia de caídas en adultos mayores y factores asociados en la parroquia sidcay. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas [Internet] 2017 acceso 17 de agosto del 2024]; 35(1): 30-38. Disponible en: https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/1235/1073

13. Da Mata J. Factors associated with the risk of fall in adults in the postoperative period: a cross-sectional study. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Internet] 2017 [acceso 17 de agosto del 2024]; 25:29-41. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5492651/

14. Fernández M. Riesgo de caídas asociado al consumo de medicamentos en la población anciana. Revista de Calidad Asistencial [Internet] 2018 [acceso 17 de agosto del 2024]; 33(2): 65-118. Disponible desde: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X18300083

15. Pruneda L. Efectividad de las intervenciones centradas en el paciente sobre las caídas en el ámbito de la atención de agudos en comparación con la atención habitual: revisión sistemática. Rev Enferm [Internet]. 2018 [acceso 17 de agosto del 2024];12(1):796. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2018000100012

16. Moreira NB, Rodacki ALF, Pereira G, Bento PCB. Does functional capacity, fall risk awareness and physical activity level predict falls in older adults in different age groups? Archives of Gerontology and Geriatrics [Internet] 2018 57 [acceso 17 de agosto del 2024]; 77(1):57-63. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.04.002

17. Bastani F. Factors Associated With Fear of Falling and Functional Independence in Older Adults in Iranian Nursing Homes. Journal of ClientCentered Nursing Care [Internet] 2016 [acceso 17 de agosto del 2024]; 2(3):135-144. Disponible en: http://jccnc.iums.ac.ir/article-1-75-en.pdf

18. Alvarado A, Salazar A. Análisis del Concepto Envejecimiento. Gerokomos [revista en Internet] 2020 [acceso 17 de agosto del 2024]; 25(2): 57-62. Available from: http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf

19. Roure Murillo R, Escobar Bravo M, Jürschik Giménez P. Capacidad funcional en personas mayores de 65 años de la Región Sanitaria de Lleida atendidas en domicilio. Gerokomos [Internet]. 2019 [citado 2024 Ago 18] ; 30(2): 56-60. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000200056&lng=es.

20. Silva-Fhon J.R., Partezani-Rodrigues R., Miyamura K., Fuentes-Neira W.. Causas y factores asociados a las caídas del adulto mayor. Enferm. univ [revista en la Internet]. 2019 Mar [citado 2024 Ago 17] ; 16(1): 31-40. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632019000100031&lng=es. https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.1.576.

21. Organización Mundial de la Salud. Caídas: Datos y cifras; 2021 [citado 2024 Ago 17]. Disponible en: http://www.who.int/media-centre/factsheets/fs344/es/

22. Soria Romero, Zuriel, & Montoya Arce, Bernardino Jaciel. (2017). Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. Papeles de población, 23(93), 59-93. https://doi.org/10.22185/24487147.2017.93.022

23. Yoshida S. A Global Report on Falls Prevention Epidemiology of Falls [Internet]. Ginebra - Suiza: Organización Mundial de la Salud; 1-40 p. Disponible en: https://www.who.int/ageing/projects/1.Epidemiology%20of%20falls%2020older%20age.pdf

24. Valderrama L. Falls in Mexican older adults aged 60 years and older. Aging Clin Exp Res. [revista en Internet] 2018 [citado 2024 Ago 17]; 30(11): 1345-1351. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6192865/pdf/nihms960635.pdf

25. Ministerio de la Salud. MINSA: Caídas del Adulto Mayor 2019: MINSA. [Sitio Web]. [citado 2024 Ago 17 Disponible en: https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/37929-80-de-caidas-en-eladulto-mayor-ocurren-en-casa

26. Moreira B. Does functional capacity, fall risk awareness and physical activity level predict falls in older adults in different age groups? Archives of Gerontology and Geriatrics [revista en Internet] 2018 [citado 2024 Ago 17]; 77(1):57-63. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.04.002

27. Antunes J. Association of functional capacity with risk of falling in the older adults in emergency service. Rev Rene [revista en Internet] 2020 [citado 2024 Ago 17]; 19(1):1-7. Disponible en: http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/32654/pdf

28. Carballo-Rodríguez A. Estudio de prevalencia y perfil de caídas en ancianos 20 institucionalizados. Gerokomos [revista en Internet] 2018 [citado 2024 Ago 17]; 29(3): 110-116. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v29n3/1134-928X-geroko-29-03-00110.pdf

29. Aristizábal G. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Enfermería Universitaria [revista en Internet] 2019 [citado 2024 Ago 17]; 8(4):16-23. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-7063201100040000

30. Bueno M, Roldán M, Rodríguez J, Meroño M, Dávila R, Berenguer N. Características de la escala Downton en la valoración del riesgo de caídas en pacientes hospitalizados. Enfermeria Clinica [revista en Internet] 2021 [citado 2024 Ago 17]; (4): 227-234. Disponible desde: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862117300256

31. Trigas M. Escala de valoración funcional de Barthel. Galicia Clinic [Internet] 2021 [citado 2024 Ago 17]; 57(4):192-200. Disponible en: https://galiciaclinica.info/pdf/11/225.pdf

ANEXOS

ANEXO 1 MATIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTÉSIS	VARIABLES	DIMENSION/ Indicador	METODOLOGÍA
Objetivo General Determinar la relación entre la capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores que acuden al centro integral de atención al adulto mayor, Iquitos 2025. Objetivos Específicos Identificar la capacidad funcional en adultos mayores que acuden al centro integral de atención al adulto mayor, Iquitos 2025. Identificar los riesgos de caídas en adultos mayores que acuden al centro integral de atención al adulto mayor, Iquitos 2025. Relacionar la capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores que acuden al centro integral de atención al adulto mayor, Iquitos 2025.	Objetivo General ¿Existe relación entre la capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores que acuden al centro integral de atención al adulto mayor, Iquitos 2025?	H1: Existe relación estadísticamente significativa entre la capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayoresque acuden al centro integral de atención al adulto mayor, Iquitos 2025. H0: No existe relación estadísticamente significativa entre la capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores que acuden al centro integral de atención al adulto mayor, Iquitos 2025.	Variable independiente: Riesgos de caídas Variable dependiente: Capacidad funcional	**Riesgo de caída bajo: Puntaje de 0 – 2** **Riesgo de caída alto: Puntaje de 3 a más** **Capacidad funcional ligera: Puntaje de 80 – 100** **Capacidad funcional moderada: Puntaje de 60 – 80** **Capacidad funcional grave: Puntaje de 45 – 59** **Capacidad funcional severa: Puntaje < 45**	Tipo de Investigación: La presente investigación se clasificará como cuantitativa, ya que su enfoque estará dirigido a examinar la variable de interés a través de métodos numéricos y procedimientos estadísticos. Los resultados obtenidos serán cuantificables y permitirán realizar análisis numéricos para generalizar las conclusiones a la población de estudio. Además, la metodología utilizada permitirá la replicación del estudio en diferentes contextos, siguiendo un enfoque científico orientado a la medición y cuantificación de datos. Diseño de investigación: La investigación se clasifica como no experimental, ya que no se manipularon las variables en estudio, sino que se observaron y analizaron en su entorno natural sin intervención. Además, se caracteriza como descriptiva, ya que tiene como propósito principal describir, explicar y validar los hallazgos. Utiliza el método de análisis, que comprende la descripción, registro e interpretación de la naturaleza actual y la composición o proceso de los fenómenos estudiados. Se clasifica como correlacional, ya que se desarrolló la relación entre las variables, buscando comprender la relación existente entre ellas sin manipular directamente ninguna. Finalmente, la investigación es prospectiva, ya que la recolección de datos se llevará a cabo en el momento en que ocurran los fenómenos, permitiendo así un análisis de la situación en tiempo real y una visión anticipada de los posibles resultados. Población: La población estuvo conformada 250 adultos mayores que acuden al Centro Integral De Atención Al Adulto Mayor, Iquitos. Muestra La muestra estará conformada 152 adultos mayores que acuden al Centro Integral De Atención Al Adulto Mayor, Iquitos. Técnica: La encuesta individual brinda la oportunidad de obtener respuestas directas y detalladas a través de preguntas específicas, lo que puede contribuir a la obtención de datos precisos y relevantes para los objetivos de la investigación. Además, al ser una técnica personalizada, se puede adaptar

					a las características y necesidades de cada participante, maximizando la calidad y la riqueza de la información recopilada. Instrumentos: Para la primera variable que es riesgo de caídas se utilizara: Escala: De riesgo de caídas de J. H. Downton: La Escala de Riesgo de Caídas fue desarrollada por Down ton JH en Gran Bretaña en 1994 con el objetivo de evaluar las causas subyacentes del riesgo de caídas en personas mayores. Esta herramienta permite valorar el riesgo de caídas utilizando diversos criterios, lo que facilita la implementación de medidas preventivas cuando sea necesario. La escala cuantifica el riesgo de que una persona sufra una caída, permitiendo la adopción de estrategias para prevenir futuras caídas. El instrumento es un cuestionario que consta de 5 dimensiones: caídas previas (2 ítems), medicamentos (7 ítems), déficit sensorial (4 ítems), estado mental (2 ítems) y deambulación (4 ítems) (30). Para la segunda variable que es Capacidad funcional se utilizara: Escala: Índice de Barthel Autor Mahoney y Barthel El Índice de Barthel, el cual se divide en dos partes. La primera parte recopila datos epidemiológicos como edad, sexo y estado civil. La segunda parte consta de 10 dimensiones que miden los aspectos básicos de la vida diaria: comer (3 ítems), bañarse (2 ítems), vestirse (3 ítems), arreglarse (2 ítems), control de deposiciones (3 ítems), control de micción (3 ítems), uso del retiro (3 ítems), trasladarse (4 ítems), deambular (4 ítems) y subir escalones (3 ítems). Un puntaje de 100 indica que el adulto mayor es capaz de realizar sus actividades diarias de autocuidado de manera independiente, mientras que una puntuación menor refleja mayor dependencia (31).

ANEXO 02: CONSENTIMIENTO INFORMADO

- **Título del proyecto.**

"Capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores que acuden al centro integral de atención al adulto mayor, Iquitos 2025."

- **Equipo de Investigador (nombres, cargo en el proyecto, institución, teléfonos).**

Bach. Enf. Yolari Rodríguez Lopez
Bach. Enf. Nicole Ferreira Cahuaza

Lic. Enf. Luz Angélica Noriega Chevez Dra.
Universidad Científica del Perú

- **Introducción / Propósito**

Srta., Sr (a), tenga Ud. Muy buenos días somos bachilleres de enfermería de la Universidad Científica del Perú, el motivo de este acercamiento hacia su persona es para informarle que estamos aplicando una entrevista sobre la capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores, estos datos son importantes para el estudio que estamos realizando titulado "Capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores que acuden al centro integral de atención al adulto mayor, Iquitos 2025." para obtener información respecto a la relación de la variables capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores que acuden al centro integral de atención al adulto mayor, Iquitos 2025 a fin de optar el título profesional de licenciadas en enfermería.

- **Objetivo General de la Investigación**

Objetivo General

Determinar la relación entre la capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores que acuden al centro integral de atención al adulto mayor, Iquitos 2025.

- **Participación**

Por lo tanto, necesitamos su valiosa participación en el estudio, ya que será voluntaria y no recibirá ningún tipo de beneficio económico si acepta colaborar con el estudio.

- **Procedimientos**

Usted tiene la libertad de elegir si participa en el estudio voluntariamente, previa firma del consentimiento informado, donde autoriza que se le aplique el instrumento de recolección de datos, respondiendo el cuestionario con sinceridad y permitir el uso de instrumento de recolección de datos como, cámara, filmadora y otros relacionados a la captación de imágenes del desarrollo de la entrevista, que tendrán una duración aproximadamente de 20 minutos.

- **Riesgos / incomodidades**

Si al participar en el estudio voluntariamente, previa firma del consentimiento informado, donde autoriza que se le aplique los instrumentos de recolección de datos. Si Ud. ve algunos Riesgos / incomodidades, podrá desistir de continuar participando sin dar explicación a los investigadores.

- **Beneficios**

La investigación contribuye a fortalecer los conocimientos en el campo de la salud, tanto a profesionales de la salud como a los usuarios de estos servicios. Por tanto, este estudio beneficiará a los adultos mayores que acuden al centro integral de atención al adulto mayor.

- **Alternativas**

Libre elección de participación con constatación de la firma del consentimiento informado. No obstante, se respetará el desistimiento por cualquier razón cuando le considere necesario.

- **Costos y Compensación**

La participación del adolescente en el estudio no demanda costo alguno. No se ofrece ningún tipo de compensación, ni pago alguno por su participación en la investigación.

- **Confidencialidad de la información**

Todos los datos que se obtenga de Ud. Será usado en forma anónima, se respetará la Confidencialidad de la información y serán utilizados únicamente por los investigadores con fines de investigación.

- **Problemas o preguntas**

Si Ud. Tiene alguna pregunta o duda gustosamente serán absueltas o si desea algún tipo de información adicional se puede acercar a los investigadores en cualquier momento.

- **Recomendaciones:**

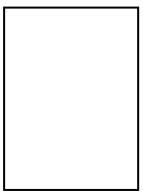
El estudio de investigación generará recomendaciones: a) A los participantes, b) A los profesionales de salud, c) A las instituciones formadoras de profesionales de la salud y afines, d) A la comunidad de la ciudad de Iquitos.

- **Consentimiento / Participación voluntaria**

Por favor coloque su firma y su huella digital al final de este formato, con lo cual Ud. Está dando la autorización para la participación de este estudio.

- **Firma del Consentimiento:**

He leído la información provista, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas me han sido contestadas satisfactoriamente y/o no fue necesario hacer preguntas. Estoy de acuerdo en todos los puntos del consentimiento que se me ha entregado y decido participar en forma voluntaria en la investigación. Firmo en señal de conformidad.



ANEXO “3”: INSTRUMENTO 1

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE LA ESCALA ÍNDICE DE BARTHEL: Actividades básicas de la vida diaria

Código: ……..

El objetivo del estudio de investigación es determinar la relación entre la capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores que acuden al centro integral de atención al adulto mayor, Iquitos 2025.

Fecha:……..

Hora:……..

Datos sociodemográficos:

Edad:

a) 65 a 69 años
b) 70 a 75 años
c) 76 a 80 años
d) 80 años a más

Sexo:

a) Femenino ( )
b) Masculino ( )

Grado de instrucción:

a) Sin instrucción
b) Primaria
c) Secundaria
d) Superior técnico/ Universitario

ESCALA ÍNDICE DE BARTHEL: Actividades básicas de la vida diaria

INTRODUCCIÓN

El presente instrumento pretende determinar la relación entre la capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores que acuden al centro integral de atención al adulto mayor, Iquitos 2025.

INSTRUCCIONES:

- El desarrollo del presente cuestionario es personal
- Tome su tiempo necesario
- Desarrolla el instrumento con la sinceridad que a usted le caracteriza
- Las consultas que estime pertinente pueden ser asumidas sin ningún inconveniente por el investigador.

El profesional de la salud aplicara la escala en cada paciente de manera individual respetando la intimidad de ellos.

Tiempo de duración: 20 minutos.

Indicadores	Situación del paciente	Puntuación
Total:		
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Bañarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa,abotonarse,atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse,afeitarse,maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0

Deposiciónes (valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o enemas	5
	- Incontinencia	0
Micción (valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda sitiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, onecesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Ir al retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse laropa…	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Traslado	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentadosolo	5
	- Dependiente	0
Deambulación	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Subir y bajar escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0

Evaluación:

Resultado	**Grado de dependencia**
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve

ANEXO "3": INSTRUMENTO 2

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS DE J. H. DOWNTON INSTRUCCIONES:

El presente cuestionario pretende determinar la relación entre la capacidad funcional y riesgo de caídas en los adultos mayores que acuden al centro integral de atención al adulto mayor, Iquitos 2025.

El profesional de la salud aplicara la escala que consta de 5 indicadores tales como; caídas previas (2 ítems), medicamentos (7 ítems), déficit sensorial (4 ítems), estado mental (2 ítems), deambulación (4 ítems).

Tiempo estimado 20 minutos

Caídas previas	NO	0
	SI	1
Medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores	1
	Anti parkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos*	1
Deficiencias sensoriales	Ninguna	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades	1
Estado mental	Buena orientación	0
	Confusión	1
Deambulación	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda/sinayuda	1
	Imposible	1

Evaluación:

Resultado	**Riesgo de caídas**
Es menor o igual a 2	Riesgo de caída bajo
Mayor o igual a 2	Riesgo de caída alto

Muchas gracias

Anexo 4

Informe de validez

1. ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS DE J. H. DOWNTON

		N	%
Casos	Valido	8	80%
	Excluido	2	20%
	Total	10	100%

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

Alfa de Cronbach	N° de elementos
000.4	10

El resultado del Alfa de Cronbach para la escala aplicada sobre la ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS DE J. H. DOWNTON es 0.004, lo que indica que el instrumento presenta una buena confiabilidad. Un valor superior a 0.728 se considera generalmente aceptable, lo que sugiere que los ítems de la escala son consistentes y están relacionados de manera adecuada entre sí. Esto refuerza la validez del instrumento.

2. ESCALA ÍNDICE DE BARTHEL: Actividades básicas de la vida diaria

		N	%
Casos	Valido	9	90%
	Excluido	1	10%
	Total	10	100%

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

Alfa de Cronbach	N° de elementos
0.004	10

El resultado del Alfa de Cronbach para la escala aplicada sobre la ESCALA ÍNDICE DE BARTHEL: Actividades básicas de la vida diaria es 0.004, lo que indica que el instrumento presenta una buena confiabilidad. Un valor superior a 0.861 se considera generalmente aceptable, lo que sugiere que los ítems de la escala son consistentes y están relacionados de manera adecuada entre sí.

Anexo 5

Carta de presentación

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

SOCIEDAD DE BENEFICENCIA DE IQUITOS
MESA DE PARTES
Fecha 02-12-2025
Hora 11:04
Firma

SOLICITÓ DE AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Iquitos, 02 de diciembre del 2025

OFICIO N°. 120 -2024-UCP-FCS.

Señor:

ABOGA. VIOLETA MAGALI HUAYANÉ ZEVALLOS

GERENTE DEL SBI

ASUNTO: SOLICITO AUTORIZACION PARA LA REALIZACION DE RECOLECION DE DATOS PARA MI PROYECTO DE TESIS.

De mi Mayor Consideración:

Tengo a bien dirigirme a usted para expresarle un cordial saludo y al mismo tiempo solicitarle autorización para que el Bachiller Yolari Rodríguez Lopez y Nicole Ferreira Cahuaza, del programa Académico de ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL PERU, para realizar encuesta a los adultos mayores que se encuentran en el establecimiento y así Ejecutar su Proyecto de Tesis denominado: **"CAPACIDAD FUNCIONAL Y RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR, IQUITOS 2025."**

Sin otro particular y agradeciendo la atención al presente, me suscribo de usted.

Atentamente,

Universidad Científica del Perú
Facultad de Ciencias de la Salud
Mgr. Herminia Rosa De los Ríos Sosa
DECANO (e)

Anexo 6

Carta de aceptación

"CON AMOR Y VOLUNTAD SERVIR A LA COMUNIDAD"

Sociedad de Beneficencia de Iquitos
CENTRO DE ATENCION PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES
"SAN FRANCISCO DE ASIS"

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

Iquitos 02 de diciembre del 2025

OFICIO N° 283–2025/SBI-GG-CEAPAM" SFA"

Señora
Mgr. HERMINIA ROSA DE LOS RIOS SOSA
Decano de la Universidad Científica del Peru
Presente. –

ASUNTO: AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

Tengo el agrado de dirigirme a usted, para saludarle cordialmente y a la hacer de su conocimiento que las señoritas Yolari Rodríguez López y Nicole Ferreira Cahuaza del programa académico de Enfermería de la universidad que usted preside, tiene el permiso para realizar encuesta a los adultos mayores del CEAPAM"SFA" para sus proyecto de tesis.

Sin otro particular, me suscribo de usted, no sin antes expresarle las muestras de mi especial consideración y estima.

Atentamente,

SOCIEDAD DE BENEFICENCIA DE IQUITOS
Jacqueline Medrano
Jacqueline M. Medrano Gamboa
Jefa de la Oficina del CEAPAM "SFA"

C. Archivo