

UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

**RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A
LOS CENTROS DE ATENCIÓN DEL DISTRITO DE HUALMAY-2019**

Presentado por:

Viviana Vanessa Gallardo Canales

Asesora:

Mg. Flor María Castillo Bedón

Para optar el título de Licenciada en Enfermería

Huacho – Perú

2022

TRAB2

INFORME DE ORIGINALIDAD

19%

INDICE DE SIMILITUD

20%

FUENTES DE INTERNET

4%

PUBLICACIONES

11%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unsa.edu.pe Fuente de Internet	3%
2	www.yumpu.com Fuente de Internet	2%
3	repositorio.unjfsc.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	docplayer.es Fuente de Internet	2%
5	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	2%
6	cybertesis.unmsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	repositorio.uap.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	repositorio.ucp.edu.pe Fuente de Internet	1%
9	renati.sunedu.gob.pe Fuente de Internet	1%

**RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A
LOS CENTROS DE ATENCIÓN DEL DISTRITO DE HUALMAY-2019**

Viviana Vanessa Gallardo Canales

TESIS DE PREGRADO

Asesora: Mg. Flor María Castillo Bedón

UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

HUACHO

2022

Mg. Flor María Castillo Bedón

ASESOR

PRESIDENTE

SECRETARIO

VOCAL

DEDICATORIA

A mi familia con cariño, mi madre quien me apoyo en todo momento en la vida y llegar a ser una profesional, y en especial a mi abuela que desde el cielo estará contenta por este paso que voy a dar.

Viviana Vanesa Gallardo Canales

AGRADECIMIENTO

A Dios que me permite seguir alcanzando, cumpliendo retos y sueños profesionales.

A mi querida Alma mater, Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión y maestros de la Escuela Profesional de Enfermería, por la transmisión de sus conocimientos, experiencias y formación de los principios éticos profesionales.

A mi asesora Mg. Flor Castillo Bedón por su dedicación, compromiso y haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad, conocimientos y calidad profesional.

A los adultos mayores integrantes de los Centros de Atención de distrito de Hualmay, por su predisposición y su valioso tiempo para obtener los resultados presentados en la investigación.

ÍNDICE

Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento	v
Índice	vi
Resumen	ix
Abstract.....	x
Introducción.....	xi
Capítulo I.....	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.1 Descripción de la realidad problemática.....	12
1.2 Formulación del problema	15
1.2.1 Problema general	15
1.2.2 Problemas específicos.....	15
1.3 Objetivos de la investigación	15
1.3.1 Objetivo general	15
1.3.2 Objetivos específicos.....	15
1.4 Justificación de la investigación	15
1.5 Delimitación del estudio	16
1.6 Viabilidad del estudio	17
Capitulo II.....	18
Marco teórico.....	18
2.1 Antecedentes de la investigación	18
2.1.1 Investigaciones internacionales	18
2.1.2 Investigaciones nacionales	21
2.2 Bases teóricas.....	25
2.3 Bases filosóficas.....	39
2.4 Definición de términos básicos	40
2.5 Hipótesis de investigación	41
2.5.1 Hipótesis general	41
2.5.2 Hipótesis específicas.....	42
2.6 Operacionalización de las variables.....	43
Capitulo III	44

METODOLOGÍA.....	44
3.1 Diseño metodológico	44
3.2 Población y muestra.....	45
3.2.1 Población	45
3.2.2 Muestra	46
3.3 Técnicas de recolección de datos	46
3.4 Técnicas para el procesamiento de la información	50
Capítulo IV	52
RESULTADOS	52
4.1 Análisis de resultados	52
4.2 Contrastación de hipótesis	56
Capítulo V.....	57
DISCUSIÓN.....	57
5.1 Discusión de resultados.....	57
Capítulo VI.....	59
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	59
6.1 Conclusiones.....	59
6.2 Recomendaciones	60
Referencias	61
7.1 Fuentes documentales	61
7.2 Fuentes bibliográficas	62
7.3 Fuentes hemerográficas	63
7.4 Fuentes electrónicas	63
ANEXOS.....	64
01 Matriz de Consistencia.....	65
02 Instrumento para la toma de datos	65
03 Base de datos.....	66
04 Registro de evidencias	70

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Teoría del Confort de Kolcaba, adaptada a la investigación de Nava (2010).....	28
Figura 2. Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender	29
Figura 3. Aspectos positivos y crítica de la "Teoría de la actividad"	33
Figura 4: Puntuaciones promedios de Tinetti dimensión equilibrio.....	54
Figura 5: Puntuaciones promedios de Tinetti dimensión Marcha	55

RESUMEN

Objetivo: Determinar el riesgo de caídas de los adultos mayores que asisten a los Centros de atención del distrito de Hualmay -2019. **Material y métodos:** Es una investigación básica de nivel descriptivo, diseño no experimental, enfoque cuantitativo, la población estuvo conformada por 63 adultos mayores que son integrantes de los centros de atención del adulto mayor en el distrito de Hualmay. **Resultados:** Con relación al **sexo de los adultos mayores** se tiene que el 90.5% son mujeres. En cuanto a la **edad del adulto mayor** se encontró que el 66.6% son de edad avanzada (60 a 74), el 52, 5% tienen estado **civil** casado. El 55,5% según la escala de Tinetti y un 66, 7% según escala de Donwton tiene un riesgo de caídas moderado y alto. El 63,5% tienen una menor puntuación acumulada de acuerdo a la mediana estadística y disminuido funcionamiento en el equilibrio y el 57.1% presenta una menor puntuación acumulada al igual su funcionamiento es lento en la marcha. **Conclusión:** Se identificó que los adultos mayores evaluados, tanto en la escala de Tinetti como en la de Downton están expuesto al riesgo de caídas en esta etapa de la vida del ser humano, y que mucho va a contribuir los centros de atención dirigidos a esta población en la disminución de riesgos que demanda la tercera edad.

Palabras claves: caídas, riesgo, envejecimiento, adulto mayor

ABSTRACT

Objective: To determine the risk of falls in older adults who attend the Hualmay District Care Centers -2019. Material and methods: It is a basic research of descriptive level, non-experimental design, quantitative approach, the population was made up of 63 older adults who are members of the elderly care centers in the district of Hualmay. Results: Regarding the sex of the elderly, 90.5% are women. Regarding the age of the elderly, it was found that 66.6% are of advanced age (60 to 74), 52.5% have married marital status. 55.5% according to the Tinetti scale and 66.7% according to the Downton scale have a moderate and high risk of falls. 63.5% have a lower accumulated score according to the statistical median and decreased balance functioning and 57.1% have a lower accumulated score as well as their functioning is slow while walking. Conclusion: It was identified that the older adults evaluated, both in the Tinetti and Downton scales, are exposed to the risk of falls at this stage of human life, and that the care centers directed to this will contribute a lot population in the reduction of risks demanded by the elderly.

Keywords: falls, risk, aging, older adult

INTRODUCCIÓN

La investigación denominada: Riesgo de Caídas en Adultos Mayores que asisten a los Centros de Atención del Distrito de Hualmay-2019, se ha realizado con el propósito de obtener el título profesional de Enfermería en la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión Huacho.

En la actual situación social que nos encontramos, las personas mayores son las que están en una situación de vulnerabilidad social y teniendo en cuenta sus características de salud se ha considerado que el estudio del riesgo de caídas en los adultos mayores es muy frecuente y más por su avanzada edad, la OMS (2018) ha definido como al hecho de caídas como situaciones propias de su edad que se dan por la pérdida de su capacidad de equilibrio, entonces es probable que su cuerpo caiga al suelo, esto trae consecuencias que pueden ser graves para su salud y van a desencadenar en el pero de los casos su fallecimiento. Es por ello el interés de realizar esta investigación en adultos mayores que acuden a Centros de atención en el distrito de Hualmay.

La investigación contiene los capítulos siguientes: Capítulo I: Planteamiento del Problema: descripción de la realidad problemática, formulación del problema y objetivos de la investigación. Capítulo II: Marco Teórico: los antecedentes de la investigación, bases teóricas, definiciones conceptuales. Capítulo III: Metodología: diseño metodológico, población y muestra, Operacionalización de variables e indicadores, técnicas e instrumentos de recolección de datos y de procesamiento de la información. Capítulo IV: Resultados: presentación de tablas, figuras e interpretaciones. Capítulo VI: Discusión, Capítulo VII: Conclusiones y Recomendaciones. Capítulo VIII: Fuentes de Información: fuentes documentales, bibliográficas, hemerográficas, y fuentes electrónicas. Finalmente, la investigación concluye con anexos donde se mostrarán evidencias del trabajo de investigación desarrollado.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La actual situación de crisis sanitaria y consecuentemente la vejez como hecho natural de los seres humanos exige a las autoridades asistir a las poblaciones vulnerables con carencias económicas y cuidados especiales como son los adultos mayores, por tanto el Instituto Nacional de Estadística de Perú (INEI) (2021) señala que en nuestro país al 2020 ha aumentado la proporción poblacional a un 12,7% (p.1). Esto nos indica mayores servicios sociales y de salud debido a sus características biológicas propias de la edad donde una de las afecciones son las caídas que van a deteriorar aún más su salud entendida, según refiere la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018), “Las caídas son sucesos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en el suelo o en otra superficie firme que lo detenga. Las lesiones causadas por las caídas pueden ser mortales” (párr. 2).

Hay que tomar en cuenta que la esperanza de vida en nuestro país se ha elevado de 77,8 en mujeres y 72, 5 en varones (Ministerio de Salud de Perú, 2018, p.3). Información que fundamenta a la investigación, pues permite reflexionar sobre la actual situación de las poblaciones venideras porque en el futuro se necesitará proponer mejores políticas públicas dentro del marco de la Convención Interamericana Sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores donde una de ellas es el derecho a la salud.

La OMS (2018), precisa entonces que “Las caídas son mundialmente la segunda causa de muerte por lesiones accidentales o no intencionales” (párr.2), el mismo documento refiere a los fallecimientos a nivel mundial asciende a 646,000 personas por causa de las caídas, así como el 80% de esas defunciones se encuentran en países de escasos y medianos ingresos económicos. Se debe señalar la importancia del estudio

caracterizando los riesgos de caída por la marcha y el equilibrio en las personas adultas mayores, que son dos elementos sustanciales en la determinación del mismo en esta población, dichos resultados permiten proponer estrategias en el nivel de atención primaria en este grupo vulnerable que padece el mayor riesgo de muerte o lesión por caídas aumentando el riesgo conforme avanza su edad. Según la OMS (2018) estima que cada año “se producen 37,3 millones de caídas que, aunque no son mortales, necesitan atención médica y suponen la pérdida de más de 17 millones de años de vida llevados en función de la discapacidad” (Párr. 4).

Por otro lado, en la portada de noticias del Ministerio de Salud de Perú (MINSA) (2009), afirma que el “80% respecto a caídas en el adulto mayor se producen en casa” que no son tomados en cuenta por los familiares. Esto significa que los familiares no están conscientes de la necesidad de darles los cuidados y la protección de vida y el mejoramiento de la infraestructura de espacios y pasadizos que se tendrán que acomodar para hacer más segura el recinto familiar.

En el mismo artículo del MINSA (2009), el jefe del servicio de Geriatria del Hospital Dos de Mayo precisa “aunque las caídas no son el primer tópico de consulta de los pacientes que refieren haberse caído, el 40% lo hace de manera recurrente...” esto debido a que en esta edad las personas poco a poco van perdiendo sus facultades físicas, sensoriales y cognitivas como efecto del proceso de vejez. Esto indica la enorme importancia de identificar las principales características de riesgo de caídas en la población adulto mayor, siendo motivo de investigación.

Así mismo, estas caídas son productos de factores del entorno debido a sus espacios habitacionales que no se encuentran diseñadas a las necesidades de la población de la tercera edad como son los pasamanos en los baños y habitaciones, muebles colocados para el tránsito respectivo y la colocación de rampas en los lugares públicos donde transita el

adulto mayor como lo señala la Sociedad Peruana de Gerontología y Geriátrica del Perú. Es por este motivo que la Organización Panamericana de la Salud (OPS), manifiesta que “la parte más alta de la taza del inodoro recomienda estar a 55 cm del suelo” y contribuirá en darle mayor seguridad a este grupo poblacional (Citado en Silva, 2014, p. 2).

Por todo lo señalado, en la presente investigación se confirma los riesgos de caídas en los adultos mayores que son integrantes de los centros de atención del distrito de Hualmay a nivel de salud y municipal, donde existe presencia de un trabajo profesional permanente con las personas de la tercera edad quienes acuden a dichos espacios, como son el Centro de Atención del adulto Mayor (CIAM) dado por la Ley N° 28803 Ley de las personas Adultas mayores y los Centros de Atención del adulto Mayor (CAM) promovido por Red de Salud del distrito de Hualmay en concordancia con la Ley del Adulto Mayor; en cuyos espacios participan en actividades de recreación y servicios básicos integrales con el propósito de lograr una vejez saludable que significa vivir con alegría y el manejo adecuado de las enfermedades que aparecen en la etapa de la senectud.

Por último, la investigación permitió identificar los riesgos de caídas en los adultos mayores en el equilibrio y en la marcha de quienes participan en dichas instituciones municipales y de salud referida, conocimiento que es adquirido mediante la aplicación de los instrumentos de recolección de datos de la investigación. Así como, se sustenta los resultados considerando las teorías biológicas, psicológicas y psico-biológicas; que se describe en el capítulo del marco teórico y que servirá de base como fundamento según resultados, para aportar a la profesión reafirmando sus postulados teóricos y aportar con estrategias preventivas de atención desde la enfermería disminuyendo dicho riesgo que es un factor fundamental de mortalidad en esta etapa de vida, tal como lo señalan los organismos de salud oficiales a nivel mundial y nacional.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál es el riesgo de caídas de los adultos mayores que asisten a los Centros de Atención del distrito de Hualmay -2019?

1.2.2 Problemas específicos

¿Cuál es el riesgo de caídas en su dimensión equilibrio de los adultos mayores que asisten a los Centros de Atención del distrito de Hualmay -2019?

¿Cuál es el riesgo de caídas en su dimensión marcha de los adultos mayores que asisten a los Centros de Atención del distrito de Hualmay -2019?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar el riesgo de caídas de los adultos mayores que asisten a los Centros de Atención del distrito de Hualmay -2019.

1.3.2 Objetivos específicos

Identificar el riesgo de caídas en su dimensión equilibrio de los adultos mayores que asisten a los Centros de Atención del distrito de Hualmay -2019.

Identificar el riesgo de caídas en su dimensión marcha de los adultos mayores que asisten a los Centros de Atención del distrito de Hualmay -2019.

1.4 Justificación de la investigación

Los problemas de riesgo de caídas se presentan con una mayor proporcionalidad en la fase última del ciclo de vida de las personas denominada tercera edad, por ello esta investigación tienen una justificación teórica porque permitirá obtener resultados en base a las definiciones teóricas y modelos de salud que existen sobre este tema.

Se justifica en forma práctica porque al determinar los riesgos de las caídas en los adultos mayores (población de estudio) que acuden al centro de salud, permitirá proponer medidas y estrategias preventivas promocionales comprometiendo a las familias en el

cuidado y protección de los mismos y por ende disminuyendo las estadísticas donde los adultos mayores sufren por lo menos una caída al año, y en donde las mujeres de este grupo son más propensas a las caídas que los varones de su generación.

Por último, la investigación permitió aplicar la metodología de investigación científica, cuyos resultados obtenidos son de rigor científico por el uso de técnicas de investigación y de instrumentos de medición validados en otras realidades semejantes y en adaptadas en nuestro país, denominado: Escala de valoración de riesgo de caída (TINETTY), que nos arrojará el estado del equilibrio y de la marcha, Escala de valoración de riesgo de caídas de Downton y el Test GET UP AND GO que es una prueba de caminar. Esto facilitará la implementación de medidas correctivas preventivas necesarias para contrarrestar este problema que se presenta en la adultez mayor.

1.5 Delimitación del estudio

Delimitación Temporal

La investigación se desarrolló durante los meses de diciembre del año 2019 a marzo 2021.

Delimitación Espacial

La investigación se desarrolló con los adultos mayores que asisten a los Centro de atención del adulto mayor denominados: CIAM Centro Integral del Adulto Mayor, bajo la coordinación de la Municipalidad distrital de Hualmay y los CAM Centro de Adulto Mayor organizados en el marco de la Ley N° 28803 Ley de las personas Adultas mayores, artículo N°8 que señala su creación legal como parte de la política de salud ubicados en el Centro de Salud Hualmay, Puesto de Salud Domingo Mandamiento y puesto de Salud Campo Alegre que forman parte de la Micro red Hualmay, distrito de Hualmay, Provincia de Huaura y Región Lima zona urbana y suburbana, donde ambas instituciones tienen parecidos objetivos.

Delimitación Social

La investigación se delimita socialmente porque corresponde a una población que se encuentra en la etapa de la adultez mayor que viene perdiendo poco los movimientos físicos, comportamientos y desenvolvimiento social que lo sitúa en una condición de vulnerabilidad porque se encuentra susceptible a tener caídas, ya que si aumenta la edad, se elevará el riesgo.

1.6 Viabilidad del estudio

La presente investigación fue factible porque se han incluido todos los factores económicos, humanos y financieros que condicionan el desarrollo del estudio que se realizó en beneficio de los adultos mayores que son integrantes de dichas instituciones de atención de la tercera edad.

Tiene viabilidad teórica porque se utilizó el suficiente acceso de información de fuentes primarias, libros físicos y virtuales, revistas e internet, para la búsqueda online de los modelos teóricos que fundamentan la investigación.

Así mismo, se contó con recursos humanos necesarios para el trabajo de gabinete, la aplicación de los instrumentos de recolección de datos fue con el pleno consentimiento de los encuestados a quienes se les tomo en una sola medición, en un tiempo corto, realizando la interpretación de la información y la presentación del informe final del mismo.

En cuanto a los recursos económicos, financieros y tecnológicos (equipos de cómputo e impresión y software factibles) fueron asumidos por la investigadora tesista.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Investigaciones internacionales

Según Azevedo et al. (2017), el estudio denominado: *Evaluación del riesgo de caídas en adultos mayores que viven en el domicilio*, en México, investigadores que se trazaron como objetivos evaluar el riesgo de caídas del adulto mayor, a través de parangón de elementos cognitivos y sociodemográficos, antecedentes de caídas y comorbilidades auto reportadas. En cuanto a medios y materiales los autores señalaron que fue un estudio transversal y cuantitativo con una población y muestra por conglomerados de 240 adultos mayores de ambos sexos, para realizar la medición usaron de riesgo de caídas al instrumento Fall Risk Score, que prevé caídas en los adultos mayores, analizando los datos obtenidos mediante el software SPSS (Statistical Package for the Social Science) para Windows, versión 19. Obtuvieron como hallazgos en relación a sus características de sexo, edad desempeño cognitivo y ocurrencia se caídas alcanzaron significancia estadística. Las morbilidades como la hipertensión arterial, discapacidad visual, problemas de caídas, osteoporosis y enfermedades reumáticas se encontraron relacionadas con la ocurrencia de caídas. Concluyen en que las caídas se relacionan con los factores mencionados donde el aporte del conocimiento integrado como es el multidisciplinario es importante para desarrollar acciones de salud como la prevención e identificar a aquellos ancianos en condición de riesgo.

Asimismo, Vásquez, Olivares y Gonzáles (2016), investigaron denominado: *Trastornos podiátricos, riesgo de caídas y dolor en adulto mayor*, se

plantearon como objetivo general el de relacionar los trastornos podiatricos de tipo Osteoarticulares con la funcionalidad, riesgo de caídas y dolor en el adulto mayor, para tal efecto su estudio fue observacional trasversal y descriptivo, considerando un muestreo no probabilístico por conveniencia en 100 adultos mayores de 60 años; realizado en una Clínica de Medicina Familiar de la ciudad de México. Los instrumentos que usaron las Escalas de valoración de riesgo de caída (Tinetti), de funcionalidad (Lawton y Brody) y la Escala análoga del dolor (EVA). Hallaron que el 99% de los pacientes presentó por lo menos una patología del pie, el 18% mostraron asociación entre las patologías; asimismo, el 43% presentó algún grado de dependencia de las actividades instrumentales de la vida diaria. Concluyeron que la prevalencia de pie fue alta, señalando que en la atención de estos pacientes se debe considerar la exploración de los pies, por último, el grado de deformidad articular no está relacionada con el síndrome de caídas.

Por otra parte, Arellano et al. (2015), investigaron: *Riesgo de Caídas en personas de la tercera edad según género del Área Fitness del Club Providencia*, se plantearon como objetivo general Determinar el riesgo de caída a través del test "timed up and go" en adultos de la tercera edad de ambos géneros del área Fitness pertenecientes al Club Providencia. El estudio fue descriptivo, investigación no experimental en una población de 22 adultos mayores pertenecientes al programa fitness del Club Providencia, aplicando el test de timed up and go es una versión cronometrada del timed up and go de Mathias Nayac. Este instrumento mide a través del equilibrio dinámico el riesgo de caída en personas de la tercera edad. Los investigadores obtuvieron como resultado que la edad media de estos adultos mayores fue 70,59 años (DS 4,4), mientras que la media de los resultados fue de

8,39 seg (DS 1,8), el 86% (19) tiene un riesgo alto de caída y un 13,63% (3) tiene riesgo bajo de caída. Concluyeron que el riesgo de caída por género los resultados nos indican que no hay diferencia significativa $p = 0,316 (> 0,05)$ entre adultos mayores del club providencia, por 2ende, nuestra hipótesis se rechaza y se acepta la nula, ya que no existen diferencias significativas entre ambos sexos.

También, Lavedán, Jurschik, Botigué, Nuin y Viladrosa (2015), quienes en su investigación titulada: *Prevalencia y factores asociados a caídas en adultos mayores que viven en la comunidad*. Se plantearon como objetivo: Estimar la prevalencia de caídas e identificar los factores asociados a ellas en la población mayor comunitaria. El estudio fue descriptivo transversal, cuyos participantes fueron 640 personas de 75 años a más que tenían tarjetas sanitarias y habitaban en vivienda unifamiliares a quienes se les seleccionó a través del muestreo aleatorio. Utilizaron como instrumentos la Encuesta de fragilidad FRALLE. Luego del proceso hallaron que el 25% tienen prevalencia de caídas, en el análisis multivariado, se encontró la discapacidad básica (OR = 2,17; IC 95% 1,32-3,58), y síntomas depresivos (OR = 1,67; IC 95% 1,07-2,59) y el miedo a caer (OR = 2,53; IC 95% 1,63-3,94) que fueron los únicos factores asociados de forma independiente a las caídas en el último año. Por último, concluyeron que una de cada cuatro personas mayores presenta al menos una caída en el último año. Este estudio indica que el miedo a caer, los síntomas depresivos y la discapacidad básica son variables independientes asociadas a caídas previas.

Asimismo, Machado, Bazán y Izaguirre (2014), basado en el artículo científico denominado: *Principales factores de riesgo asociados a las caídas en ancianos del área de salud Guanabo, Cuba*; se plantearon como objetivo general: Determinar los factores de riesgo asociados a las caídas en los ancianos, según el

grado de dependencia. En un estudio que fue descriptivo y transversal con 57 pacientes con 60 años y más que recibieron atención ortopédica en el área de salud Guanabo del Municipio de la Habana, utilizando como instrumentos el índice de Bather y la escala de Lawton. Han obtenidos como resultados que existe una predominancia de adultos mayores de 80 a 89 años y fracturas de caderas como las lesiones más frecuentes, asimismo como factores de riesgo extrínseco encontraron mobiliarios inestables, suelos irregulares e iluminación insuficiente. En cuanto a los intrínsecos hallaron hipertensión arterial, alteraciones visuales y osteoarticulares. La mayoría de adultos mayores mostraron un grado de dependencia leve para el primero y de 3-4 actividades instrumentales de la vida diaria, para el segundo. Concluyeron que el riesgo de caída fue mayor en las adultas mayores y con el aumento en la edad, asimismo influyen los factores intrínsecos y extrínsecos y el grado de dependencia que poseían.

2.1.1 Investigaciones nacionales

Según Mallma (2019), investigó sobre: *Factores de riesgo de caídas en adultos mayores que asisten a un centro del adulto mayor. Villa María del Triunfo. Lima, 2018*, planteándose el objetivo. Determinar los factores de riesgo de caídas en adultos mayores que asisten a un centro del adulto mayor. Villa María del Triunfo. Lima, 2018. Asimismo su estudio fue de tipo cuantitativo, de nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal, considerando a una población adulta mayor del CAM Tayta wasi y una muestra 96 integrantes, Obtuvieron como resultados que el 81.23% tienen el baño y/o ducha sin barandas de apoyo, el 74.47% presentan las escaleras de sus viviendas sin barandas, el 65.63% presentan calles con pisos desnivelados y con grietas, el 48.96% presentan objetos tirados en el piso y el 47.92% presentan una iluminación insuficiente. En cuenta a los factores de

riesgo intrínsecos de caídas el 95.83% padecen de alguna enfermedad y consumo de algún tipo medicamento, el 90.63% desconocen los efectos secundarios de los medicamentos, el 89.58% presentan problemas en la visión y el 84.38% presentan dificultad para caminar. Arrojaron como conclusión que los factores de riesgo de caídas son en su mayoría intrínseca donde predomina el padecimiento de una enfermedad, consumo de algún tipo de medicamento, desconocimiento de los efectos secundarios de los medicamentos, problemas en la visión y dificultad para caminar.

Asimismo, Abrego y Ruiz (2018), investigó: *Capacidad funcional y riesgo de caídas en pacientes adultos mayores atendidos en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda De Canevaro*. en el distrito del Rímac, 2018, planteándose como objetivo determinar la relación entre la capacidad funcional y riesgo de caídas en pacientes adultos mayores atendidos en el Centro de Atención Residencia Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro en el distrito del Rímac. 2018 y como método una investigación cuantitativa, relacional cuya población y muestra fue de 100 adultos mayores de dichas instituciones. Utilizaron dos tipos de instrumentos como el Índice de Barthel de Mahoney y Barthel para la primera variable capacidad funcional y la escala de riesgo de J. H. Downton para medir el riesgo de caídas. Obtuvieron como resultados del estudio la asociación entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas en adultos mayores a través de la prueba del Chi cuadrado con un p-valor de 0,002. Así mismo, el 63% tiene una dependencia ligera, el 21% (21) tiene dependencia moderada con respecto a las actividades básicas de la vida diaria, de los primeros, el 50.7%, sobre la segunda variable se tiene que el 27.5% presentaron alto riesgo en caídas y la dimensión más afectada la íntegra aquellas que necesitan

mínima ayuda física para trasladarse con un 50%, luego deambular y subir escalones con un 53% y 55% respectivamente. En conclusión: Existe relación entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas en pacientes adultos mayores. Las áreas más afectadas son aquellas donde se emplea la movilidad.

Según Huerta (2018), en su tesis denominado: *Propiocepción y riesgo de caídas en adultos mayores del CAM-ESSALUD Chimbote 2017*, se planteó como objetivo el de Determinar la relación entre propioceptividad y riesgo de caídas en el adulto mayor del CAM Chimbote 2017, cuyo estudio fue descriptivo, observacional y correlacional, considerando la aplicación del test de Tinetti y el propiocepción en adulto mayores, luego del proceso de investigación obtuvieron como resultado que el del 25% de los pacientes que tienen una propiocepción mala el 15 % total tiene un riesgo alto de caídas y el 10 % total presenta un moderado riesgo de caídas. Del 29% de pacientes que tienen una propiocepción moderada un 2% del total tiene un riesgo alto de caídas, un 20 % del total tiene un moderado riesgo de caídas y un 7% tiene un riesgo bajo de caídas. Por último, el 46% del total de los pacientes que tienen una propiocepción buena ningún paciente tiene un alto riesgo de caídas, un 15% del total tiene un riesgo moderado de caídas y un 31% del total tiene un riesgo bajo de caídas. En conclusión, a mayor propiocepción hay menor riesgo de caídas y a menor propiocepción hay mayor riesgo de sufrir una caída por lo tanto se confirma que existe una relación entre ambas variables.

Por otra parte, Quiñonez (2017), investigó: *Riesgo de caídas en los pacientes adultos mayores del Hospital geriátrico de la Policía San José, 2016*, quien se planteó como objetivo Estimar el riesgo de las caídas del adulto mayor en el Hospital Geriátrico PNP San José, enero 2017, En cuanto a materiales y métodos, la investigación fue descriptiva, cuantitativa y transversal, diseño sin intervención y

observacional. Hallaron como resultado: el 70% presentan un riesgo alto de caída, y un 30% riesgo bajo; el nivel de riesgo de caída según grupo de edad son de mayores porcentajes: en riesgo bajo con 58,3% al grupo de 60 a 71 años, en el riesgo alto con 42,9% al grupo de 72 a 81 años y en el grupo de edad de 93 a 102 años no hay riesgo de caída bajo; los factores con mayor influencia en el riesgo de caída son la toma de medicamentos con 87% y déficit sensorial con 79%, siendo el de menor influencia, estado mental con 6%. Por último, llegaron a la conclusión que el nivel de riesgo de caídas de estos pacientes es de nivel alto y los factores con mayor predominancia son los medicamentos y los déficits sensoriales.

También, Cjuro y Mamani (2016), investigaron: *Capacidad de autocuidado y riesgos de caídas en adultos mayores. Micro-Red Ciudad Blanca Paucarpata. Arequipa-2016*. Presentaron como objetivo general el de establecer la relación entre la capacidad de autocuidado y el riesgo de caídas en adultos mayores. Microred Ciudad Blanca. Paucarpata-Arequipa, 2016. Su estudio fue de tipo descriptivo con diseño correlacional y de corte transversal en una población de 87 adultos mayores entre varones y mujeres participantes de reuniones convocadas por la Microred señalada, para tal efecto se aplicó la Escala para estimar las capacidades de Autocuidado (EECAC) de Evers, Isenber, Philsen, Senten y Brow (1989) la Escala Tinetti de Rodríguez y otros, por último, una guía de entrevista para recoger datos generales. Obteniendo como resultados que la mayoría de adultos mayores (62.1%) tiene una capacidad de autocuidado baja y de la variable riesgo de caídas en adultos mayores, poco más de la mitad de adultos mayores (57.5%) presentan un alto riesgo de caídas. Concluyeron que, con la aplicación del estadístico no paramétrico del Chi cuadrado, encontraron un nivel estadístico significativo ($P < 0.026$) por lo que se acepta la hipótesis y se señala que existe una relación altamente significativa

entre la capacidad de autocuidado y el riesgo de caídas en los adultos mayores de la Microred Cuidad Blanca.

Asimismo, Silva et al. (2014), investigaron: *Riesgo de caídas en el adulto mayor que acude a dos Centros de Día. Lima Perú*, quiénes se plantearon como objetivo: Evaluar el riesgo de caídas asociadas a las variables sociodemográficas y el estado cognitivo en el adulto mayor que acude a dos centros de Día en la ciudad de Lima-Perú, para el cual su estudio fue cuantitativo, descriptivo y de corte transversal; en una población 150 adultos mayores de 60 años y más, quienes acuden dos Centros de Día, utilizaron como instrumentos de perfil social, mini-Examen del estado mental y la Escala de Tinetti. Luego de la culminación del proceso investigativo han obtenido como resultados de la Escala de Tinetti una puntuación promedio de 21.7 (± 6.1), 54,7% presentó alto riesgo de caer., 36,7% con riesgo de caer con relación al estado cognitivo, encontraron que el 20,7% presentaban estado cognitivo inadecuado. A la asociación que los adultos mayores más viejos tienen más riesgo de caer. En conclusión, el estudio resalta la necesidad de un equipo multiprofesional que incentive la actividad física para mantener una fuerza y postura adecuada.

2.2 Bases teóricas

Para iniciar esta parte de la investigación, es necesario conceptualizar la variable, es así que para los diversos autores señalan sobre riesgo de caídas lo siguiente:

La OMS (2018) define “Las caídas como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga. Las lesiones relacionadas con las caídas pueden ser mortales,” (párr.2). Esto significa que la caída precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad puede ser repentina, espontánea. Indudablemente estos desplazamientos hacia el suelo producen lesiones desde

las leves hasta causar la muerte de las personas de la tercera edad, donde la labor profesional en lo preventivo permitirá disminuir estas caídas motivados por el envejecimiento biológico o por las formas de vida que tiene este grupo poblacional.

Entonces, estando claros en lo que según las caídas por el mayor organismo mundial de salud es importante definir que es el riesgo de caídas; para Balbás y Gómez (s.f.) considera al factor de riesgo de caídas como una “predisposición a caer puede ser la resultante del efecto acumulado de múltiples alteraciones” (p.19). Es decir, conforme las personas van avanzando en su edad existe una mayor probabilidad de adquirir lesiones sobre todo por condicionamientos internos que van a conllevar a una fragilidad en su movilidad causado por las enfermedades en esta etapa, así como el envejecimiento de su organismo.

Teoría del Confort de Katherine Kolcaba

La Dra. Kolcaba Citado por Nava (2010) médico-quirúrgica, propuso la teoría de la comodidad o Confort en base a los estudios realizados como jefa de la unidad de demencia en una universidad norteamericana, según esta teoría la comodidad es el objetivo de cuidado y los receptores de la atención o medidas de confort son denominados: pacientes, trabajadores, ancianos, comunidades e instituciones (p.96). A continuación, algunos elementos de los fundamentos teóricos de Kolcaba:

1. Necesidades de cuidados en la salud

Según Kolcaba (1994) citado por Nava (2010), esta propuesta parte de la concepción que “las necesidades de cuidados a la salud como necesidades para conseguir la comodidad” (p.11). Estas pueden ser actividades estresantes en los físicos, psico-espirituales, sociales y ambientales y que los sistemas de soporte al individuo no pueden satisfacer; es a partir del seguimiento de informes, parámetros fisiopatológicos educativos y de apoyo, asesoramiento e intervención financiera (p.96)

2. Intervenciones o medidas de confort

Según Kolcaba (1991), citado por Nava (2010), son aquellas acciones de la enfermería dirigidas a satisfacer las necesidades específicas de comodidad de los receptores de dichos cuidados en nuestro caso de las personas que poseen necesidad fisiológica (han sufrido de caídas), sociales, económicas, psicológicas, espirituales, ambientales y físicas. Estas son diseñadas para estudiar necesidades específicas de comodidad y se dan por enfermeras pueden ser sociales, culturales, financieras, etc.

3. Variables de intervención

Según Kolcaba (1991) citado por Nava (2010), señala que son “fuerzas de interacción que influyen en las percepciones de parte de los receptores de la comodidad total” (p.96). La autora considera las experiencias pasadas, edad, actitud, estado emocional, sistema de apoyo o soporte, pronóstico, economía y la totalidad de estos aspectos.

4. Confort

Este elemento según Kolcaba (1995) citado por Nava (2010) está referido al confort como “el estado que experimentan los receptores de las medidas para proporcionarles comodidad” (p.96). Estas situaciones abordan necesidades para tres tipos de confort: alivio (satisfacción de necesidades), tranquilidad (comodidad en el cuerpo y la mente) y trascendencia (medidas de comodidad que fortalecen a la persona) todo esto en cuatro contextos: físico, psico-espiritual, social y ambiental.

La teoría del confort según Kolcaba (2001) contiene tres afirmaciones:

Primero: Las enfermeras identifican las necesidades de confort no satisfechas de sus enfermos, diseñando medidas para satisfacerlas potenciando su comodidad, lo que constituye el resultado inmediato deseado.

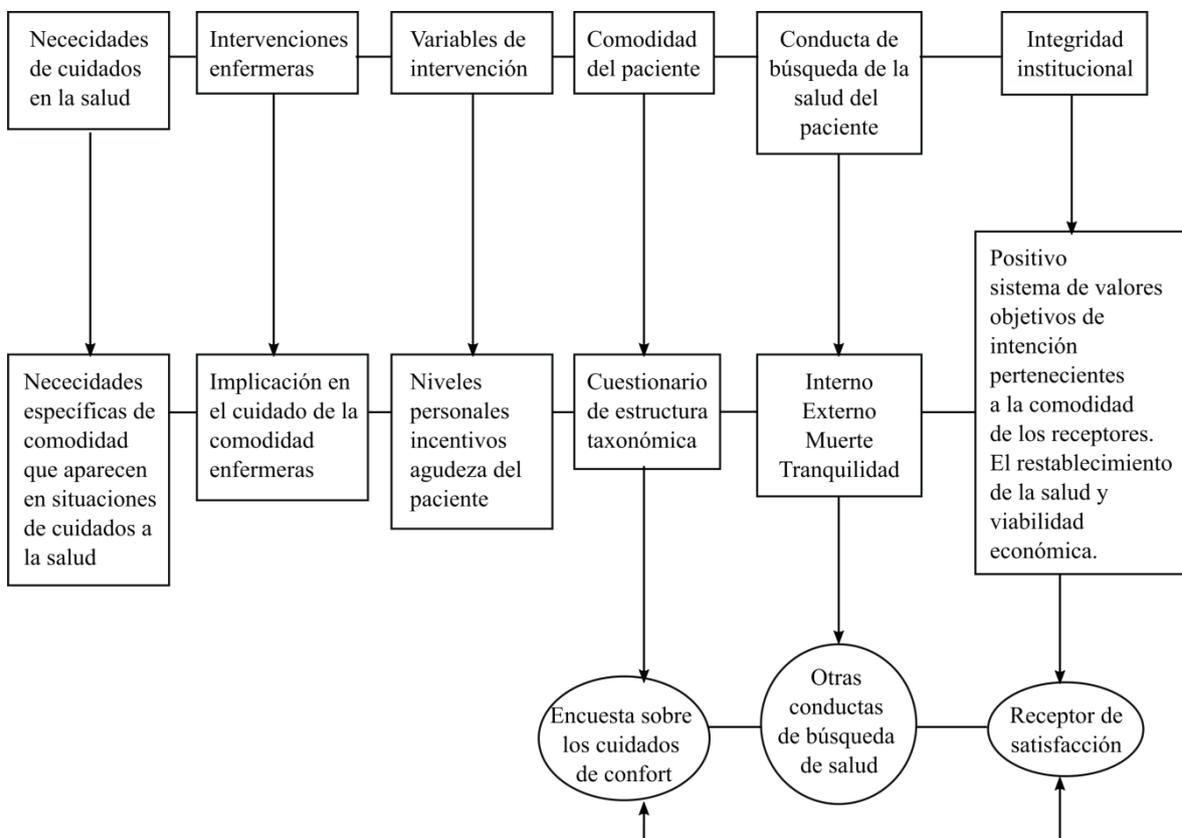
Segundo: La potenciación de comodidad está directa y positivamente relacionada con implicación en las conductas de búsqueda de la salud, lo que constituye el siguiente resultado deseado.

Tercero: Cuando las personas reciben ayuda adecuada para realizar las conductas saludables por sí solas, como rehabilitación, con y/o el programa de recuperación; así como régimen también se potencializa la integridad estructural (Nava, 2010, pp. 97-98)

Kolcaba precisa que las profesionales de enfermería pueden realizar y aplicar los cuidados de confort, estas actividades se pueden incorporar a cada acción profesional. Agrega que este tipo de práctica incentiva y potencia la creatividad de las enfermeras y la satisfacción de las mismas y de los pacientes. Para una mayor explicación la figura 1 siguiente se visualiza dicho proceso planteado por esta autora.

Figura 1

Teoría del Confort de Kolcaba, adaptada a la investigación de Nava (2010)



Nota: (Nava, 2010, p. 98)

Modelo de Promoción de la Salud, Nola Pender

Nola Pender, citado en Aristizábal, Blanco, Sánchez y Ostigüin (2011) enfermera, autora del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), plantea que el comportamiento del ser

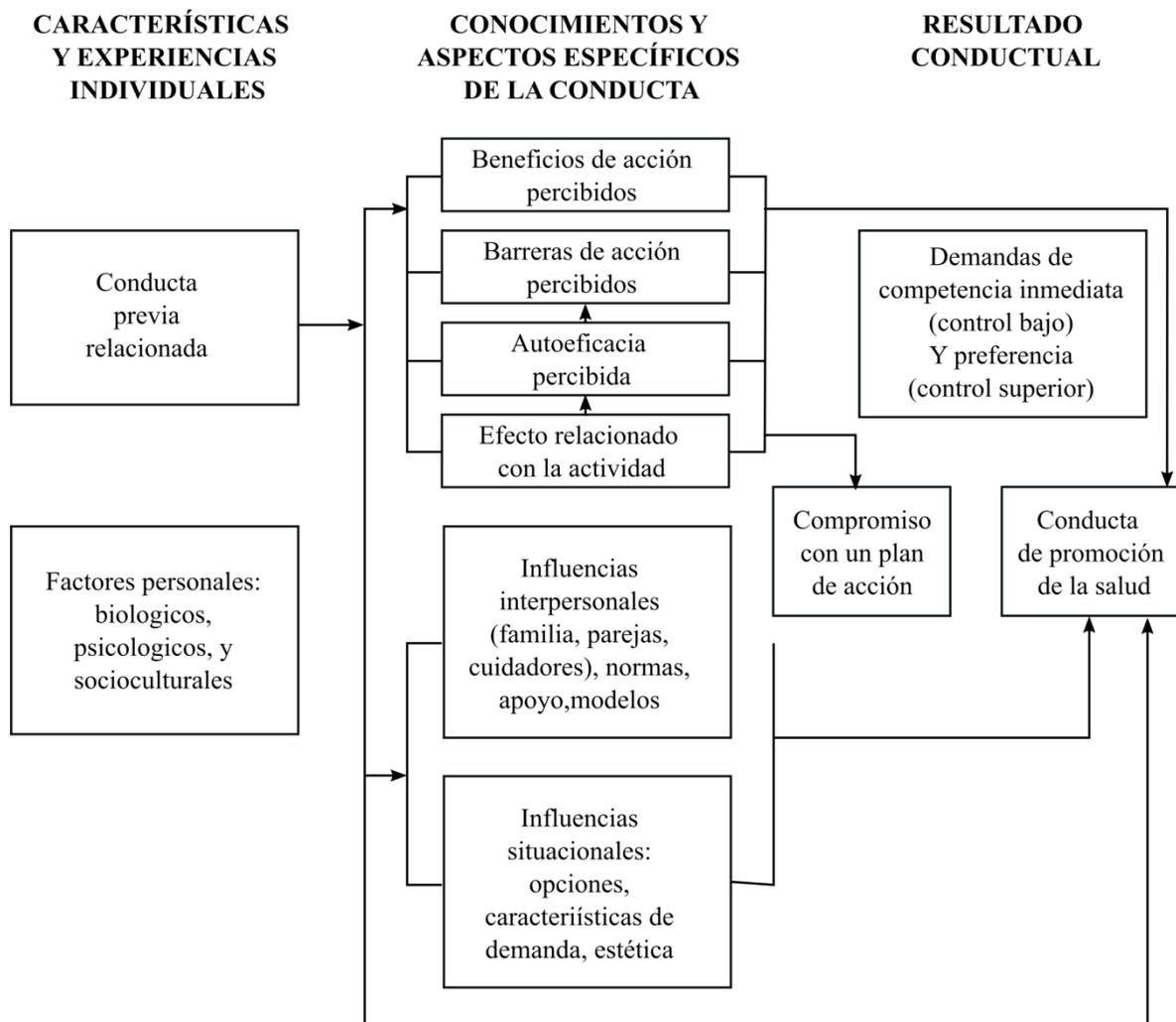
humano está motivado por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Su trabajo de doctorado fue encaminado a los cambios evolutivos advertidos en los procesos de codificación de la memoria inmediata de los niños, de ahí surgió un fuerte interés por ampliar su aprendizaje en el campo de la optimización de la salud humana, que daría origen posteriormente al Modelo de Promoción de la Salud (MPS).

El MPS según Pender citado en Cadena y Gonzáles (2017) está sustentada en la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de la valoración de las expectativas de la motivación humana de Feather, inspirada en estos dos modelos teóricos, donde el primero la Teoría del Aprendizaje Social sustenta que los “aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual son factores psicológicos que influyen en los comportamientos de las personas...cuatro requisitos para modelar el comportamiento: atención. Retención, reproducción y motivación” (p.111). Y el segundo el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather afirma que “la conducta es racional, considera que el componente motivacional clave para conseguir un logro es la intencionalidad. Cuando hay una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo” (Citado por Aristizábal, Blanco, Sánchez, & Ostiguin, 2011, p. 18).

El Modelo de Promoción de la Salud expone cómo las características y experiencias individuales, así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud. La figura siguiente ilustra los elementos que intervienen en este modelo teórico.

Figura 2

Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender



Nota: Citado por (Cadena & Gonzáles, 2017, p. 111)

Entonces, el Modelo de Pender describe en el ser humano factores cognitivos-perceptuales que son transformados según las “características situacionales, personales e interpersonales, promoviendo la realización de conductas favorecedoras de salud, guiadas por pautas para la acción” (Cadena & Gonzáles, 2017, p. 110). Este modelo teórico importante para la prevención de caídas en los adultos mayores según su situación, experiencias vividas (aprendidas a nivel familiar y social se tendrá un mejor soporte para advertir determinados hechos relacionados a su conducta.

Teoría del Envejecimiento

De acuerdo con la Dra. Valle (s.f.) ha establecido 4 grupos teorías que describen los fundamentos teóricos que a continuación se detalla:

1. Teorías fisiológicas

Según González de Gago (2010), son aquellas teorías basadas en factores externos, referidos a causas del medio ambiente y que influye en la capacidad de sobrevivir o agresión voluntaria o involuntaria y otras como los factores internos, aquellos que relacionan con el deterioro del organismo.

Teoría del deterioro orgánica, es una teoría que “explica que el envejecimiento es producto de cambios en el organismo a nivel de maduración física, endocrinológico, inmunológico, celular, genético, neurológico, entre otros”. (Belando, s.f., p. 45). Es producto de la vejez a nivel físico de nuestro organismo que se va deteriorando como resultado de nuestra carga genética y relación con el medio ambiente.

Según Belando (s.f.), la Teoría del debilitamiento del sistema inmunológico, o también la teoría inmunitaria del envejecimiento; consiste en la referente edad, a medida que avanza va disminuyendo la capacidad del sistema inmunológico, es decir, de cómo sintetizar anticuerpos en cantidades adecuadas, de la clase indicada y momento oportuno. A veces el sistema señalado actúa contra el organismo y ataca porque cree que son invasores y no los reconoce como proteínas normales del cuerpo pudiendo destruirlas y con ello aparece las enfermedades autoinmunes como; rigidez articular, trastornos reumáticos y ciertas formas de artritis.

2. Teorías Bioquímicas y metabólicas

Son aquellas teorías que con el paso del tiempo provocan cambios moleculares que dan lugar a la alteración de sus funciones.

Teoría de la acumulación de los productos de desecho, plantea que la vida produce desechos y los elimina por procesos normales, entonces en la vejez este proceso se hace más lento la disminución de la capacidad de eliminación, por lo tanto, se acumulan desechos que perjudican la actividad celular normal. Citado en (Valle, s.f, p. 341).

Teoría del envejecimiento celular, sostenida por Child quien admite que el envejecimiento como proceso ocurre como efecto de la carga eléctrica de sus elementos celular. es ligados relacionados a los iones negativos. Aquí se enfoca en la importancia del ADN celular y por lo tanto señala que el envejecimiento es el resultado de la muerte de un número creciente células en el cuerpo, “se basa en que las células tienen un número limitado de división inclusive aquellas de recambio rápido las que ya se encuentran programados en el contexto genético de dicha célula” (Belando, s.f., p. 47)

3. Teorías genéticas

Son muy importantes por los descubrimientos realizados en estas últimas décadas, señalan que el envejecimiento se relaciona con la evolución, está determinado por la expresión de los genes y su relación con el entorno. Plantea que algunos “animales viven más que otros, posiblemente esta teoría se ha utilizado para determinar por la esperanza de vida posible de un individuo, tomando en consideración la edad que fallecieron sus padres y abuelos excluyendo a los accidentales” (Belando, s.f., p. 48).

Teoría de la programación genética de Bourliere, quien señala que el envejecimiento es producto de accidentes genéticamente programados en las cadenas DNA; por otro lado, explica que las mutaciones pueden o no ser benéficos para la vejez, identificándolo como un “motor que impulsa la evolución y selección natural y considera a las mutaciones como un factor importante en los fenómenos del envejecimiento y longevidad” (Belando, s.f., p. 48).

4. Teorías Sociales

Teoría de la actividad. Fue formulada originalmente por Havighurst, y también se habla del alemán Tartler (1961) y de Atchley (1977) como representantes de esta teoría. Carstensen (1990) hace notar que no se trata de una teoría formal, sino que es una

perspectiva sobre el envejecimiento que se opone a la teoría de la desvinculación. Citado en (Belando, s.f., p. 4).

Se defiende, desde este punto de vista, que una buena vejez tendría que estar acompañada de nuevas actividades o trabajos (hobbies, participación en clubs o asociaciones, etc.) que sustituyan a los que se tenían antes de la jubilación (ésta supone, desde esta visión, una pérdida que puede llevar a la marginación). Estas actividades deberán ser, de alguna forma, remuneradas, por la necesidad económica que suelen tener los ancianos y porque en nuestra sociedad se valora, ante todo, el trabajo pagado; se señala, asimismo, que la actividad debe producir algún rendimiento y ser útil a otras personas. (Belando, s.f., p. 80).

Se ha observado en diferentes estudios (Maddox, 1963, 1968) que la moral alta en la vejez está relacionada con un nivel alto de actividad, lo cual apoya esta teoría; pero no se niega que, con la edad, hay una menor tasa de actividad global, debida a imposiciones externas como el decremento de roles sociales, el fallecimiento de amigos y familiares o el deterioro de la salud. Desde esta teoría se recomienda la formación de grupos con intereses o preocupaciones comunes, lo que puede contribuir a una actitud positiva con respecto al futuro. Por otro lado, sitúa a las personas dependientes, con limitaciones físicas o mentales, en una situación desventajosa y de marginación social. (Belando, s.f., p. 80)

La teoría de los fenómenos de envejecimiento a partir de la mirada psicológica no agota la diversidad de situaciones o fenómenos del envejecimiento a nivel psicosocial, para presentar tal situación se agrega la figura siguiente:

Figura 3

Aspectos positivos y crítica de la "Teoría de la actividad"

Aspectos positivos de la Teoría de la Actividad	Crítica a la Teoría de la Actividad
--	--

<p>Sentimiento de bienestar</p> <p>Protección contra el aburrimiento, soledad, enfermedad</p> <p>Las interacciones sociales contribuyen a mejorar la imagen de uno mismo</p> <p>Ideal para los grupos en la edad de la jubilación.</p> <p>Las actividades sociales juegan un “rol amortiguador” para atenuar la pérdida de roles más importantes.</p>	<p>No hay asociación causal entre actividad y satisfacción de vida</p> <p>Demasiado idealista</p> <p>No aborda la necesidad de prepararse a las pruebas de vejez</p> <p>No es aplicable a todos los grupos socio económicos, sobre todo a los menos favorecidos y a los de mayor edad.</p>
---	--

Nota: Extraído de (Belando, s.f., p. 52)

Teoría de la continuidad. Para los seguidores de esta teoría (Atchley, Covey y Fox, entre otros), las dos primeras teorías (la de la desvinculación y la de la actividad) están equivocadas porque no cuentan con el proceso biográfico. (Belando, s.f., p. 82)

La teoría de la continuidad se basa en dos postulados básicos:

a) El paso a la vejez es una prolongación de experiencias, proyectos y hábitos de vida del pasado. Prácticamente la personalidad, así como el sistema de valores permanecen intactos.

b) Al envejecer los individuos aprenden a utilizar diversas estrategias de adaptación que les ayudan a reaccionar eficazmente ante los sufrimientos y las dificultades de la vida

Desde esta perspectiva se defiende a la vejez como una prolongación de las etapas anteriores de la vida; así, se mantienen los elementos principales de la personalidad del anciano que adapta a las nuevas situaciones-, sus gustos y sus hábitos. En este contexto teórico podemos situar a autores como Yela (1992), Gala (1989) o Ajuriaguerra, del cual es célebre la siguiente afirmación: “Se envejece tal y como se ha vivido” (Belando, s.f., p. 78).

Según esta teoría, la mejor manera de saber cómo el sujeto va a reaccionar ante su jubilación u otros acontecimientos es considerando su conducta a lo largo de su vida. La desventaja de esta teoría según Bazo (1990), que no se ha podido comprobar empíricamente, ya que cada persona tendría su propio modelo.

Evaluación del riesgo de caídas en los adultos mayores

Este problema se observa con mayor predominancia en la etapa adultez mayor, debido a la a la reducida capacidad de fuerza, flexibilidad, equilibrio y cambios sensoriales que van a disminuir la calidad de vida del adulto mayor.

Ante esta preocupación es que los investigadores han diseñados prueba y test que permitan la evaluación de la marcha y el equilibrio que son dos aspectos importantes en el análisis del riesgo de caídas en este grupo poblacional, con el propósito de advertir problemas potencialmente remediabiles e incluso ayudar a prevenir caídas futuras muy útiles, muchas de ellas tienen que ver con envejecimiento biológico y otros por el entorno donde se encuentran.

En cuanto a instrumentos de medición se tienen una variedad de test consideradas en la medicina como son el Test de Tinetti, el Test Get Up and Go y la Escala de J.H. Downton (1993), que son los que se utilizarán para esta investigación, que a continuación se detalla:

Test de Tinetti, Gálvez, Varela, Helver, Cieza y Mendez (2010) señalan que es una “prueba que evalúa adecuadamente el equilibrio en sujetos que viven en la comunidad” (p.8). Fue desarrollado por la Dra. Mary Tinetti en 1986 en la Universidad de Yale, en principio destinada a la evaluación de ancianos muy discapacitados y luego modificada y adaptada a todo tipo de ancianos.

El objetivo central del referido instrumento, es detectar los adultos que puedan tener un riesgo de caídas, este test es muy importante porque puede predecir la frecuencia de caídas y el cambio de la funcionalidad, considerada como un test muy completo en su

aplicación y resultados. Consta de 28 ítems que incluye dos componentes el equilibrio y la marcha (nueve de equilibrio y siete de marcha y cuyas respuestas se califican en una escala ordinal de 0 a 2 puntos cuya máxima puntuación es de 16 para el equilibrio y 12 para la marcha, la suma de ambos en un total de 28 puntos determina el riesgo de caídas.

Test “Get Up and Go” tal como la anterior es una prueba de evaluación del equilibrio y la marcha “Test estándar de evaluación caídas y forma parte de la evaluación geriátrica” (Gálvez, Varela, Helver, Cieza, & Mendez, 2010, p. 9). Durante esta prueba el individuo debe pararse y caminar a un ritmo cómodo y seguro hacia una marca en piso de tres metros de distancia de la silla y luego debe girar y hacer a la inversa

Escala de Downton (1993), instrumento que recoge a los factores con mayor incidencia en el riesgo de caídas, fue creada en Salford Manchester Inglaterra por el médico Downton del Departamento de medicina geriátrica. Muy importante su “aplicación en programas de salud preventiva, en la detección y actuación ante el riesgo. Incluso en Lima se aprobó una directiva de prevención del paciente hospitalizado en el Hospital de Santa Rosa” y se propone el uso de dicha escala (Quiñonez, 2017, p. 29).

Intervenciones en el entorno para evitar caídas

Es de vital importancia identificar los espacios habitacionales accesibles a los adultos mayores, es decir tomar en cuenta una vivienda adecuada que les permita estar en condiciones de comodidad y seguridad en relación a su edad, ingreso o nivel de capacidad.

En todo esto se pone de manifiesto las diferencias sociales pues en algunos países pobres no se garantiza una política adecuada en relación al entorno donde vive el adulto mayor, las viviendas se tornan inadecuadas y perjudicial para la salud de los adultos mayores donde los servicios básicos son bastantes limitados sumando a esto los hogares intergeneracionales y familias extensas restringen la comodidad y seguridad de esta población (OMS, 2015, p. 178).

En el informe mundial sobre envejecimiento y la salud de la OMS (2015) soslayo “En todo el mundo, las personas mayores con ingresos bajos afrontan dificultades especiales para satisfacer la necesidad básica de una vivienda adecuada. La vivienda habitualmente es el mayor gasto doméstico para las personas mayores” (p.175). Contar con una vivienda adecuada agrega este informe significa el derecho a una vivienda adecuada entre otros aspectos “garantice la habitabilidad, o sea que garantice la seguridad física, proporcione un espacio adecuado, proteja contra amenazas a la salud y contra daños estructurales, y no esté ubicada en zonas contaminadas o peligrosas” (p.175).

Entonces es necesario hacer entender a las familias de los adultos mayores que existe la necesidad de modificar las estructuras que permitirá disminuir los riesgos de caídas en esta población OMS (2015) por ejemplo:

(a)La accesibilidad física: eliminación de obstáculos (escaleras de ingreso) y la inclusión de elementos de ayuda para su movilidad al interior y seguridad como barras en duchas e inodoros. (b)La comodidad: la mejora de la eficiencia energética con la instalación de aislamientos y burletes (protectores de los filos de las puertas y ventanas para evitar el aire y el ruido) (c) La seguridad: instalación o mantenimiento de mecanismos para evitar lesiones, con pisos antideslizantes en los baños y lugares de tránsito. (pp.179-180)

Asimismo, los factores del entorno, así como las actitudes que asuman los integrantes de la familia, los centros de salud, comunidad y sociedad en relación a su protección serán muy importantes para la disminución de caídas en la marcha y equilibrio de las personas de la tercera edad señala la (OMS, 2015, pp.30-31)

En cuanto al centro asistencial, es sumamente importante el tratamiento de afecciones y control de medicamentos, la información sobre el riesgo de caídas a los familiares, la educación que se le debe brindar a las personas adultas mayores con la

finalidad de ampliar sus conocimientos y reducir el temor a las caídas, las evaluaciones multidisciplinarias que deben realizar periódicamente los profesionales de salud ya sea en su domicilio o en el centro asistencial, oportunidades para realizar actividad física y por ultimo las mejoras que debe hacerse a la infraestructura pública como iluminaciones, rampas, señalizaciones y otros en los lugares de concentración de personas y educación comunitaria sobre prevención y manejo de caídas (p.31).

Epidemiología del riesgo de las caídas

Son las caídas la segunda causa mundial de muertes por lesiones accidentales o no intencionadas, según la (OMS, 2018), describe que son 37,3 millones de caídas que, aunque no sean mortales requiere atención médica, de esta estadística señalada la mayor mortalidad y enfermedades corresponde a los adultos mayores de 65 años a más.

En tal sentido, es la edad uno de los principales factores de riesgo de caídas que está afectando a su estructura ósea y muscular como: hematomas, fracturas de cadera, traumatismos craneoencefálicos, entre otros, sin dejar de señalar las afecciones sensoriales y cognitivos relacionados al envejecimiento debido a la disminución de su nivel de independencia, además a los inadecuados espacios arquitectónicos donde se desenvuelve el adulto mayor, en relación a la infraestructura y mobiliario.

Es importante implementar buenas prácticas sustentadas en la prevención de riesgo de caídas donde se pueda incluir modificaciones tales como señala la OMS (2018) que a continuación se señala:

Examen del entorno donde vive la persona para detectar riesgos; intervenciones clínicas para identificar factores de riesgo, tales como el examen y modificación de la medicación, el tratamiento de la hipotensión, la administración de suplementos de calcio y vitamina D o el tratamiento de los trastornos visuales corregibles; evaluación del domicilio y modificación del entorno en casos con factores de riesgo conocidos o antecedentes de caídas; prescripción de dispositivos asistenciales

apropiados para paliar los problemas físicos y sensoriales; fortalecimiento muscular y ejercicios de equilibrio prescritos por profesionales sanitarios con formación adecuada; programas grupales comunitarios que pueden incorporar componentes como la educación para prevenir las caídas y ejercicios del tipo del tai-chi o de equilibrio dinámico y fortalecimiento muscular; uso de protectores de la cadera en personas con riesgo de fractura de la cadera en caso de caída. (párr.11)

Entre las patologías más relevantes en este grupo de edad, se encuentran:

“insuficiencia cardíaca congestiva, HTA, ACV, diabetes Mellitus, enfermedades tiroideas, broncopatías crónicas, osteoporosis, artrosis, enfisemas neuronales, demencias, depresión, cuadro confusional, Parkinson, hernia de hiato, reflujo gastroesofágico, ulcus petico, estreñimiento, diverticulosis, insuficiencia renal, incontinencia urinaria e infecciones”.

(Valle, s.f, p. 339)

La investigación se fundamenta en las teorías del envejecimiento, que detallan el proceso natural que se da en los seres humanos, tomando en cuenta para el análisis los cambios físicos, psicológicos y sociales inherente a esta tercera edad llamado por algunos autores; los cuales no deben ser considerados como patologías; sino como la modificación pausada e irreversible de los individuos y por lo que se necesita modificaciones y adaptaciones de las actividades cotidianas que venía desarrollando antes de entrar a esta etapa de vida.

Por otro lado, es importante señalar “El envejecimiento de la población exige, por consiguiente, una respuesta integral de salud pública. Sin embargo, no se ha debatido lo suficiente sobre lo que esto implica” (UNAM, 2015, p. 4).

2.3 Bases filosóficas

Las actuales investigaciones que existen sobre el envejecimiento están relacionadas a una connotación filosófica: el hombre es un ser vivo con cuerpo, pensamiento, estas

visiones indicaban el análisis filosófico sobre la existencia de los seres humanos realizada durante varios siglos de la humanidad, es así que la investigación realizada se destaca en primer orden la teorías del envejecimiento que existen, analizadas a partir del funcionamiento biológicos que a todo ser le va a llegar la etapa de la vejez y muerte, donde se rescata la enorme importancia de valorar la experiencia que han tenido durante su vida nuestros ancianos.

Por otro lado el modelo de Pender que plantea un envejecimiento saludable previniendo el riesgo de caídas que es un factor muy importante en el inicio de problemas de la vejez, está basada en la visión filosófica que el hombre es un ser social por excelencia, es así que en grupo social y en su participación con personas de su misma etapa va a poder sobrellevar la última etapa de su vida, entendiendo que debe acentuar una vida más saludable y placentera que beneficiara a él como individuo y a su entorno familiar más cercano.

2.4 Definición de términos básicos

Adulto mayor

Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad. Es la “persona adulta mayor a aquella que tiene 60 o más años de edad” Diario Oficial El Peruano (2016).

Caídas

La OMS (2018) define a “Las caídas como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga. Las lesiones relacionadas con las caídas pueden ser mortales,” (párr.2)

Centro de atención al Adulto Mayor (CIAM)

Es el que se desarrolla en una municipalidad donde se realiza la “prestación, coordinación y articulación, intra e interinstitucional, de servicios básicos integrales y multidisciplinarios, para el bienestar y promoción social de las personas adultas mayores, en un contexto de cogestión y participación de la persona adulta mayor y la familia” (Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, 2009, p. 10)

Centro de salud

Según el Ministerio de Salud de Perú (2018), son los espacios de atención que se organizan en las instituciones de salud que forman parte de las redes de salud a nivel territorial.

Riesgo de caídas

Según Balbás y Gómez (s.f.) es la “predisposición a caer puede ser la resultante del efecto acumulado de múltiples alteraciones” (p.19).

Riego de caídas en el equilibrio.

El Real Academia de la Lengua Española (RAE) (s.f.), señala que equilibrio es “Situación de un cuerpo que, a pesar de tener poca base de sustentación, se mantiene sin caerse”, en los adultos mayores son las formas de equilibrio cuando está sentado, al levantarse, cuando mueve tronco o los pies, entre otros.

Riesgo de caídas en la marcha

Según la Real Academia de la Lengua Española (RAE) (s.f.), manifiesta que es la manera de caminar de las personas y de algunos animales, en el caso de adulto mayor “si camina a pequeños pasos, con disminución de los movimientos acompañantes de los brazos, con el cuello y el tronco flexionados hacia delante y con una deambulación inestable” entonces estaremos observando una marcha senil. (Balbás & Gómez, s.f., p. 10).

2.5 Hipótesis de investigación

2.5.1 Hipótesis general

Por el nivel de la investigación no se ha considerado hipótesis general.

2.5.2 Hipótesis específicas

Por el nivel de la investigación no se ha considerado hipótesis específicas.

2.6 Operacionalización de las variables

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	INDICE	ESCALA	INSTRUMENTO
<p>RIESGO DE CAÍDAS “Son acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga”.</p> <p>Organización Mundial de la Salud (2016)</p>	Riesgos de caídas en el equilibrio	Equilibrio sentado y sentándose.	1, 9	0=anormal, 1=adaptado	<p>1.Escala de riesgo de caídas del equilibrio y Marcha Autor: Tinetty (1986) Adaptada versión peruana: Rodríguez y Helena (2012) Actualizado: (Cjuro & Mamani, 2016)</p> <p>2.Test UPO AND GOT Autor: Mathias, Nayak, Isaacs (1986) Actualizado: por Iñiguez (2015)</p> <p>3.Escala valorativa de riesgo de Caídas Autor: Downton, J.H (1993) Actualización: (Quiñonez, 2017)</p>
		Intento de levantarse	2, 3	0 anormal, 1 adaptado y 2 normal	
		Equilibrio de pie y al ser tocado	4, 5, 6	0 anormal, 1 adaptado y 2 normal	
		De pie con ojos cerrados	7	0 anormal, 1 adaptado	
		Giro de 360 grados	8	0 anormal, 1 adaptado	
	Riesgos de caídas en la marcha	Inicio de la marcha y posición al caminar.	1, 6, 7	0 anormal, 1 adaptado	
		Pasos	2, 3, 4, 5	0 anormal, 1 adaptado y 2 normal	
		Deambulación	5		
		Edad	6		

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1 Diseño metodológico

Tipo de investigación

Es una investigación básica, puede denominarse pura y fundamental. Según Ander Egg (2011) “es la que se realiza con el propósito de acrecentar los conocimientos teóricos para el progreso de una determinada ciencia...es más formal y persigue propósitos teóricos en el sentido de aumentar el acervo de conocimientos de una determinada teoría” (p.42). Entonces la investigación permitió ampliar el conocimiento que ya se tienen sobre el riesgo de caídas con una población adulta mayor organizada en centros de atención de Hualmay.

Nivel de investigación

La investigación es de nivel descriptivo, según Ander Egg (2011) es aquella “que se escribe y estudia sobre lo social, no va mucho más allá de este nivel. Consiste, fundamentalmente, en caracterizar un fenómeno o situación concreta indicando sus rasgos más peculiares o diferenciadores” (p.43), se pretende en la investigación obtener las características de las caídas convirtiéndose en un factor de riesgo para esta población.

Diseño

La investigación es de diseño no experimental, debido a que no se realizó ninguna modificación o manipulación en la variable. Carrasco (2005) precisa que “son aquellos cuyas variables independientes carecen de manipulación intencional, y no poseen grupo de control, ni mucho menos experimental” (p.71). Además, según la planificación de mediciones se realizará una investigación retrospectiva considerando que ha sido presentado con meses anteriores.

Los elementos de un protocolo o diseño transversal son iguales a los de un estudio observacional analítico, con la diferencia de que en el transversal se estudia la causa y el efecto al mismo tiempo. De acuerdo con Carrasco (2005) menciona que “Estos diseños son propios para determinar y conocer las causas, factores o variables que generan situaciones problemáticas dentro de un determinado contexto social, que explican los hechos y fenómenos en cuanto a sus causas y consecuencias”. (p. 71).

Enfoque

La investigación tiene un enfoque cuantitativo porque se utilizó técnicas estadísticas de recolección de datos, es decir; se desarrolló a partir de la medición numérica en los análisis estadísticos para establecer patrones de comportamientos y comprobar teorías. La investigación cuantitativa se realizó con la finalidad de probar hipótesis o la teoría al describir variables (investigación descriptiva). Según Carrasco (2005). “Son cuyas variables independientes carecen de manipulación intencional, y no poseen grupo de control, ni mucho menos experimental. Analiza y estudian los hechos y fenómenos de la realidad después de su ocurrencia”. (p.71).

3.2 Población y muestra

3.2.1 Población

La investigación tiene como población a 63 adultos mayores que son integrantes de los centros de atención del adulto mayor en el distrito de Hualmay: Centro de Adulto Mayor (CAM) como parte de la política de salud en los establecimientos de salud y Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM) como parte de la responsabilidad de los gobiernos locales según Ley de Municipalidades.

3.2.2 Muestra

La muestra corresponde al 100% como tamaño muestral y el tipo muestra es no probabilística, porque se ha considerado a todos los adultos mayores que asisten a estos espacios de atención de las instituciones de salud y municipal de dicho distrito. A continuación, se detalla su distribución:

CENTROS DE ATENCIÓN	CANTIDAD
Centro Adulto Mayor “Siempre jóvenes” Centro de Salud de Hualmay	24
Centro Adulto Mayor Domingo Mandamiento	5
Centro de Adulto Mayor Campo Alegre	7
Centro Integral del Adulto Mayor (Municipalidad distrital de Hualmay)	27
TOTAL	63 (100%)

Criterios de Inclusión:

Personas de la tercera edad de 60 años y más.

Adultos mayores que participen en los centros de atención referidos.

Adultos mayores que acepten voluntariamente participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

Personas que no son de la tercera edad (menos de 60 años)

Adultos mayores que no participen en los centros de atención.

3.3 Técnicas de recolección de datos

La recolección de datos se desarrolló con anterioridad a la pandemia, aplicándose la siguiente técnica:

Encuesta

Es una técnica de investigación científica y tiene tres tipos de instrumentos para la recolección de datos como son el cuestionario, escala e inventario. Para la investigación se ha considerado aplicar dos escalas que son instrumentos elaborados y aplicados en entornos y población parecida al presente estudio.

Descripción del instrumento

Para evaluar en este estudio el riesgo de caídas en el adulto mayor se ha considerado aplicar dos instrumentos que responderá con mejor precisión de la variable correspondiente. Así se utilizará la Escala de TINETTI que evalúa el equilibrio y la marcha de los adultos mayores población de estudio de la investigación cuyo autor es Tinetti (1986) procedente de la Universidad de Yale y actualizado por los investigadores Altamirano, Alfaro y Álvarez (2014). El segundo instrumento denominado la Escala de Downton que permitirá afirmar y comparar los resultados del primer instrumento cuyo autor es Downton, J.H (1993) Salford, Manchester en Inglaterra dicha escala considera: caídas previas, ingesta de medicamentos, déficits sensitivo-motores, estado mental, deambulación y edad. A continuación, las fichas técnicas que explican el procedimiento a aplicar en la toma de datos en la población de estudio respectiva:

Ficha técnica del primer instrumento

Nombre

Escala de riesgo de caídas del equilibrio y marcha

Autor y año

Tinetti (1986)

Adaptación peruana

Rodríguez y Helena (2012)

Actualizado

Cjuero y Mamani (2016)

Objetivo

Identificar y valorar los componentes de riesgo de caídas, como son la marcha y equilibrio, teniendo como producto niveles de riesgo de caídas.

Administración

Individual

Tiempo

20 minutos

Sujetos de aplicación

Personas de la tercera edad de 60 años y más.

Descripción del instrumento

La primera sub escala de equilibrio, evalúa el equilibrio en posición sedente, las funciones de levantarse, sentarse y el equilibrio de pie. Se utilizan 9 ítems con una puntuación que pasa por los niveles 0= anormal, 1= adaptado y 2 =normal. La suma total de la puntuación de los parámetros llega a un máximo de 16.

La segunda parte evalúa la calidad de la marcha, se utilizan 7 ítems con una puntuación de 0 a 2. La suma total de la puntuación de los parámetros llega a un máximo de 12. La puntuación total del test de Tinetti es la suma de los puntajes de equilibrio y marcha, siendo la puntuación máxima de 28.

A mayor puntuación, mejor funcionamiento.

Dimensiones	Indicadores	Ítems
Riesgos de caídas en el equilibrio	Equilibrio sentado y sentándose.	1, 9
	Intento de levantarse	2, 3
	Equilibrio de pie y al ser tocado	4, 5, 6
	De pie con ojos cerrados	7
	Giro de 360 grados	8
Riesgos de caídas en la marcha	Inicio de la marcha y posición al caminar.	1, 6, 7
	Pasos	2, 3, 4, 5

Calificación General

Es una escala que tiene las puntuaciones siguientes:

Escala De Riesgo De Caídas Tinetti	Puntaje
Alto riesgo de caídas	Menor a 19
Riesgo de caídas	20 a 23
Bajo riesgo de caídas	Mayor a 24

Propiedades métricas

Validez

Validada al español con una fiabilidad inter e intra observador de 0.4 –0.6 y 0.6 – 0.8.

Confiabilidad

La confiabilidad fue obtenida según los autores un Alfa de Cronbach 0.91. El resultado de confiabilidad del instrumento muestra que es aceptable.

Para la presente investigación se aplicó una prueba piloto a 32 adultos mayores que acuden a la consulta ambulatoria del Centro de Salud Manzanares y son integrantes del Centro del adulto mayor de esta institución de salud, arrojando 0,781 un instrumento con una confiabilidad aceptable.

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,781	,795	20

Ficha técnica del segundo instrumento

Nombre

Escala para evaluar riesgo de caídas de J. H. Downton.

Autor y año

Downton, J.H (1993) Salford, Manchester- Inglaterra

Actualizado

Quiñonez (2017)

Objetivo

Evaluar el nivel de riesgo de caídas en adultos mayores.

Administración

Individual

Tiempo

10 minutos

Sujetos de aplicación

Adultos mayores de 60 años y más.

Descripción

El instrumento evalúa el riesgo de caídas en personas de la tercera edad, considerando: caídas previas, ingesta de medicamentos, déficits sensitivo-motores, estado mental, deambulación y edad.

Calificación

Es una escala que tiene puntuación total que a continuación se detalla:

ESCALA DE EVALUACION DE RIESGO	PUNTAJE
Riesgo Bajo de sufrir una caída	De 0 a 2 puntos
Riesgo Alto de sufrir una caída	3 a más puntos

Propiedades métricas

Validez

La versión inicial fue sometida a juicio de expertos en el área clínica (enfermeras responsables de los pacientes) obteniendo así la validez de contenido.

Confiabilidad

La confiabilidad fue obtenida según los autores a través del cálculo de confiabilidad con la fórmula Kuder-Richardson, arrojando un índice de fiabilidad de 0.92.

Para nuestra investigación se realizó una prueba piloto a 32 adultos mayores del Centro de Salud de Manzanares que participan en el Centro de Atención arrojando un alfa de Cronbach de 0,692 significa regular confiabilidad.

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,692	,636	6

3.4 Técnicas para el procesamiento de la información

Para el procesamiento de datos de la investigación, se utilizó los programas informáticos del SPSS versión 21(versión de prueba) y Excel 10.

Primero: Luego de la aplicación de los instrumentos se organizó la base de datos y de variables realizando el vaciado respectivo de la información obtenida.

Segundo: Se elaboró la tabulación y la elaboración de tablas de frecuencias y proporciones, interpretación y análisis descriptivo de la variable y sus dimensiones que permitirá organizó los resultados finales en base a la estadística descriptiva.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1 Análisis de resultados

Tabla 1

Distribución de frecuencias y porcentajes de las características sociodemográficos de la población de estudio.

Sexo	f	%
Femenino	57	90.5
Masculino	6	9.5
Edad	f	%
Edad avanzada (60 a 74)	42	66.6
Viejos o ancianos (75 a 90)	19	30.2
De 90 a mas	2	3.2
Estado civil	f	%
Soltera	9	14.3
Casada	33	52.4
Conviviente	4	6.3
Viuda	17	27.0
Lugar de atención	f	%
Centro Salud Hualmay	24	38.1
CIAM-MDH	27	42.9
Puesto campo Alegre	7	11.1
Puesto Domingo Mandamiento	5	7.9
TOTAL	63	100

Nota: Elaboración propia

Los resultados de la tabla 1, muestran las características sociodemográficas de la población de estudio, es así que respecto al sexo de los adultos mayores se tiene que el 90.5% son mujeres y el 9.5% son varones. En cuanto a la edad del adulto mayor se encontró que el 66.6% son de edad avanzada (60 a 74), el 30.2% es de la edad denominada viejos o ancianos (75 a 90) y por último el 3.2% se encuentran en la edad de 90 a más hay. Asimismo, al estado civil de la población de estudio presenta un 52.5% es casada y el 6.3% es conviviente seguido del 27% son viudas y solo el 14.3% son solteras. Por último, en cuanto a la cantidad que ingresan y participan en los Centros de Atención del adulto mayor del distrito de Hualmay, se estima que el 42.9% acude al CIAM-MDH y el 57.1% (38.1+11.1+7.9) a los diferentes establecimientos de salud que forman parte de la micro red Hualmay.

Tabla 2*Evaluación de las escalas de Tinetti y Downton sobre riesgo de caídas*

Escala Tinetti	f	%	Escala J.H. Downton	f	%
Riesgo alto de caídas	20	31.7	(Alto riesgo mayor a 2)	42	66.7
Riesgo moderado de caídas	15	23.8			
Riesgo bajo de caídas	28	44.4	Bajo Riesgo (menor a 2)	21	33.3
Total	63	100		63	100

Nota: Elaboración propia.

En la tabla 2, si analizamos la Escala de Tinetti tenemos, que 35 que representa el 55.5% de adultos mayores integrados a estos centros de atención tienen alto y moderado riesgo de caídas (31.7% y 23.8% respectivamente) características propias de su edad y consecuencias de las comorbilidades que poseen. Por último 28 adultos mayores que ascienden a 44.4% tienen bajo riesgo de caídas

Así mismo, según la escala de J.H. Downton sus resultados son parecidos, se tiene que 42 adultos mayores que son el 66.7% presentan alto riesgo de caídas y 21 que representan el 33.3% según esta escala tienen bajo riesgo de caídas.

Tabla 3

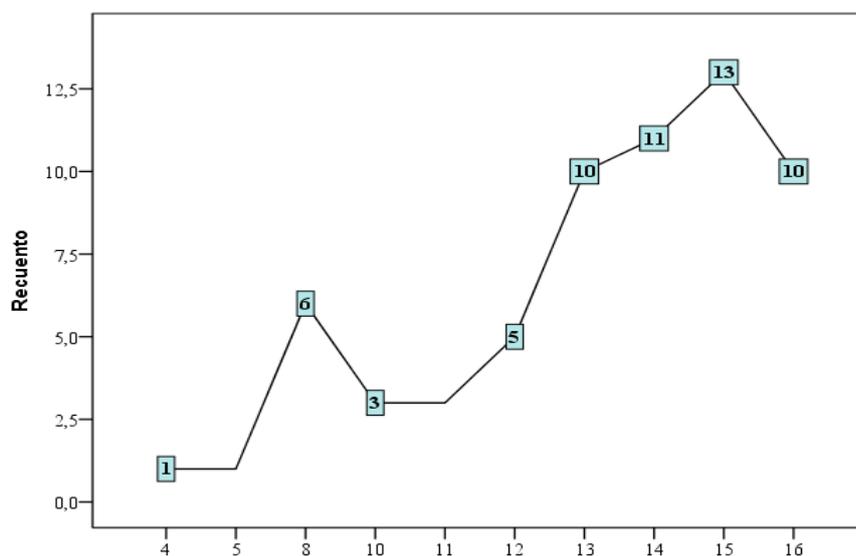
Promedios de Tinetti dimensión equilibrio

Puntuaciones Promedios de Tinetti Equilibrio			
Puntuaciones	f	%	% acumulado
4	1	1.6	1.6
5	1	1.6	3.2
5	6	9.5	12.7
8	3	4.8	17.5
11	3	4.8	22.2
12	5	7.9	30.2
13	10	15.9	46,0
14	11	17.5	63.5
15	13	20.6	84.1
16	10	15.9	100,0
Total	63	100	

Nota: Elaboración propia

Figura 4:

Puntuaciones promedias de Tinetti dimensión equilibrio



Nota: Elaboración propia

En la tabla 3 se observa que 13 adultos mayores que representan el 20,6% tienen puntuaciones de 15 que según la escala tienen un buen equilibrio. También el 63,5% de adultos mayores tienen una puntuación acumulada menor a la mediana de 4 a 14, eso significa que una mayoría de población está en riesgo de caídas. En la Figura 4, se observa una tendencia ascendente de las puntuaciones promedias de Tinetti dimensión Equilibrio.

Tabla 4:

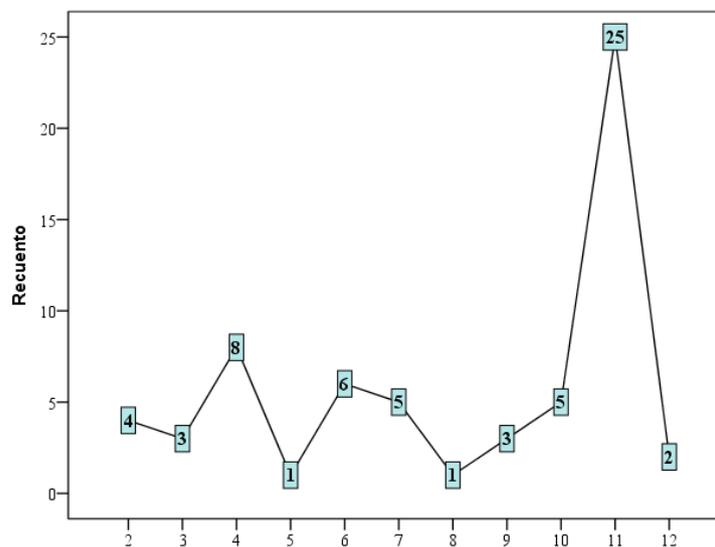
Puntuaciones promedias de Tinetti dimensión Marcha

Puntuaciones Promedios de Tinetti Marcha			
Puntuaciones	f	%	% acumulado
2	4	6.3	6.3
3	3	4.8	11.1
4	8	12.7	23.8
5	1	1.6	25.4
6	6	9.5	34.9
7	5	7.9	42.9
8	1	1.6	44.4
9	3	4.8	49.2
10	5	7.9	57.1
11	25	39.7	96.8
12	2	3.2	100
Total	63	100.0	

Nota: Elaboración propia

Figura 5

Puntuaciones promedias de Tinetti dimensión Marcha



Nota: Elaboración propia

En la tabla 4, se observa 25 adultos mayores representan el 39,7 % tienen puntuaciones de 11 que según la escala tienen una adecuada marcha. También el 57,1 % de adultos mayores tienen una puntuación acumulada menor a la mediana de 2 a 10, eso significa que más de la mitad de la población de estudio está en riesgo de caídas en la marcha. En la Figura 5, se observa una tendencia normalizada de las puntuaciones promedios de Tinetti dimensión Marcha, a excepción de la puntuación 11, con una frecuencia 25.

4.2 Contratación de hipótesis

No se tiene Hipótesis por el nivel de investigación

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

5.1 Discusión de resultados

En base a los resultados obtenidos sobre los adultos mayores que asisten a los centros de atención organizados en el distrito de Hualmay, dando respuesta al objetivo general se ha identificado que están expuesto al riesgo de caídas en esta etapa de la vida del ser humano según la escala de Tinetti como en la de Downton.

Si analizamos la Escala de Tinetti encontramos, que el 55.5% de adultos mayores integrados a estos centros de atención presentan riesgo de caídas alto y moderado propios de su edad y las comorbilidades que poseen. Esto hallazgos son convergentes a la investigación de Huerta (2018) del total de adultos mayores del CAM-ESSALUD de Chimbote, donde el 62% se encuentra con alto y moderado riesgo de caídas (p.60).

Así mismo, en la investigación según la escala de J.H. Downton, se halló un 66.7% presentan alto riesgo de caídas. Estos resultados son concordantes con la investigación de Abrego y Ruiz (2018) quienes obtuvieron el 69% de los adultos mayores atendidos en un Centro de Atención Geriátrica de Lima, poseen un riesgo alto de caídas (p.45).

Cabe indicar, que en nuestros resultados, existe un buen grupo de adultos mayores que el riesgo de caídas es bajo según ambas escalas (Tinetty: 44.4% y Downton: 33.3%) considerando las actividades educativas psicomotoras, relajación y nemotécnicas que se realizan en estos centros de atención al adulto mayor que hace vida familiar, contribuyendo de esta manera en la prevención y disminución del riesgo de caídas y en el lento deterioro de la salud debido a la etapa de vida en la que se encuentran.

Los resultados de la investigación permite aportar al Modelo Teórico de Nora Pender, quien plantea la importancia de la prevención de caídas en los adultos mayores que influirá en su situación física y psicológica, relación familiar, experiencia vividas o historia de vida aprendidas y sus niveles de socialización como factores para disminuir los problemas que devienen por el envejecimiento, si un anciano participa en una organización estará en una mejor capacidad física y emocional para afrontar las características propias de la senectud y tendrá un mejor soporte para advertir determinados hechos relacionados a esta etapa de vida y se valore la experiencia acumulada por años. Es ahí donde los centros de atención dirigida a los adultos mayores van a jugar su papel protagónico en la atención de esta población.

Agregando en el análisis las Teorías Del Envejecimiento Activo va a permitir conocer el rol como profesionales de la enfermería en la preparación de los cambios físicos, psicológicos y sociales inherente a esta tercera edad, sensibilizarlos en la responsabilidad en la madurez, en su autocuidado personal en la disminución del riesgo de caídas, pues este es un problema que de seguro traerá graves consecuencias para su salud física y mental.

Por último, luego de culminar con la investigación se puede aseverar que las actividades motoras, recreativas y sociales propician estilos de vida saludables, sociabilidad entre ellos y un adecuado envejecimiento activo y saludable. Se plantea estudios posteriores comparativos entre poblaciones que no participan en estos centros integrales y la población investigada con el propósito de evaluar su estado de salud y en concreto el riesgo de caídas de ambos grupos donde la profesión donde la enfermería integrante de equipos multidisciplinarios conformado por profesionales de salud se investigue sobre estrategias de intervención de cuidados al adulto mayor al interior de la familia y en el entorno social.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

De acuerdo al objetivo General, se halló que los adultos mayores presentan riesgo de caída alto y moderado en un 55,5% (Alto 31.7% y riesgo 23.8%) en la escala de Tinetti y un 66,7% en la escala de Donwton. Solo según las escalas mencionadas el 44% y 33,3% tienen riesgo bajo de caídas.

En relación a los resultados planteados en el objetivo específico 1 se halló, que los adultos mayores evaluados en la escala de Tinetti en su dimensión equilibrio presentan puntuaciones acumuladas inferiores en un 63,5% según la mediana obtenida; esto significa que a menor puntuación se encuentra disminuido el funcionamiento.

De acuerdo a la evaluación realizada según el objetivo específico 2, se encontró que los adultos mayores evaluados en la escala de Tinetti en su dimensión marcha presentan puntuaciones acumuladas inferiores en un 57,1% según la mediana obtenida, esto significa que a menor puntuación se encuentra disminuido el funcionamiento

6.2 Recomendaciones

Proponer a las instancias gubernamentales el fortalecimiento de Centros de atención programas nemotécnicos, educativos preventivos sostenibles dirigidos a los adultos mayores, para disminuir una serie de problemas físicos y psicológicos propios de la vejez sobre todo los riesgos de caídas futuras.

Promover que las intervenciones en sector salud hacia los adultos mayores deben ser de manera oportuna, trato adecuado y siempre salvaguardar su integridad y cuidado especial.

Capacitar a los equipos multidisciplinarios e interdisciplinarios en la atención y cuidado de las personas de la tercera edad, así como la contribución a la prevención de caídas para obtener una vida saludable personal y familiar.

Desarrollar campañas de sensibilización a nivel societal y familiar sobre el mejoramiento de la infraestructura pública (parques, calles, veredas) institucional (pasamanos, rampas, barandas, etc.) y en el hogar que permita evitar caídas en los adultos mayores.

REFERENCIAS

7.1 Fuentes documentales

- Arellano , S., Fernández , J., Liguencura, J., Muñoz, V., Rubio, J., Salvo, R., . . .
Ugalde , F. (2015). *Riesgo de caídas en personas de la tercera edad según género del área fitness del club Providencia*. Chile: Universidad Andres Bello. Obtenido de <https://docplayer.es/19215661-Riesgo-de-caidas-en-personas-de-la-tercera-edad-segun-genero-del-area-fitness-del-club-providencia.html>
- Aristizábal, G., Blanco, D., Sánchez, A., & Ostiguin, R. (2011). El modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*, 8(4), 16-23. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n4/v8n4a3.pdf>
- Belando, M. (s.f.). *Modelos Sociologicos de la vejez y su repercusión en los medios. reconstruyendo identidades. Una visión desde el ámbito educativo. Comunicación e Persoas Malores*, 77-93.
- Cadenas , J., & Gonzáles, Y. (2017). *El cuidado de enfermería en pacientes con riesgo cardiovascular sustentado en la teoría de Nola J. Pender. Investigación enfermería imagen y desarrollo*, 19(1), 107-121. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/312384868_Nursing_care_in_patients_with_cardiovascular_risk_based_on_the_theory_of_Nola_J_Pender/link/587cf78d08aed3826af0000f/download
- Cjuro, A., & Mamani, P. (2016). *Capacidad de Autocuidado y riesgo de cidas en adultos mayores. Micro-Red Ciudad Blanca. Paucarpata. Arequipa-2016*. Arequiupa, Perú: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. Obtenido de <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/2360/ENCjhua.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Galvez, M., Varela, L., Helver, J., Cieza, J., & Mendez, F. (2010). *Correlación del Test "Get Up and Go" con el Test de Tinetti en la evaluación del riesgo de caídas en los adultos mayores. Acta medica Peruana*, 27(1), 8-11.
- Gonzáles de Gago, J. (2010). *Teorias de envejecimiento. tribuna del investigador*, 11(1-2), 42-66.
- Huerta , B. (2018). *Propiocepción y riesgo de caídas en adultos mayores del CAM - ESSALUD Chimbote 2017*. Chimbote - Perú: Universidad San Pedro.

- Lavedán , A., Jurschik, P., Botigué, T., Nuin, C., & Viladrosa, M. (2015). *Prevalencia y factores asociados a caídas en adultos mayores que viven en la comunidad. Atencion Primaria*, 367-375. Obtenido de <https://core.ac.uk/download/pdf/82453944.pdf>
- Machado , R., Bazán , M., & Izaguirre, M. (2014). *Principales factores de riesgo asociados a las caídas en ancianos del área de salud Guanabo. Medisan*, 158-164. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3684/368445002003.pdf>
- Mallma, J. (2019). *Factores de riesgo de caídas en adultos mayores que asisten a un centro del adulto mayor. Villa María del Triunfo. Lima.2018*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Nava, G. (2010). *Estudio de caso con utilizacion del instrumento de Katharine Kolcaba teoria de rango medio del confort. Enfermería Neurológica*, 9(2), 94-104. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2010/ene102j.pdf>
- Quiñonez, J. (2017). *Riesgo de caídas en los pacientes adultos mayores del Hospital Geriatrico de la Policia San José, 2016*. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/6156/Qui%F1onez_tj.pdf?sequence=1
- Silva, J., Porras, M., Guevara, G., Canales, R., Coelho, S., & Partezani, R. (2014). *Riesgo de caída en el adulto mayor que acude a dos centros de día*. Lima-Perú: Horiz Med .
- Valle, M. (s.f). *Manual CTO de Enfermería Geriatrica*. CTO Editorial.
- Vazquez, I., Olivares, A., & González, A. (2016). Trastornos podiátricos, riesgo de caídas y dolor en adultos mayores. *ATEN FAM*, 39-42. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2016/af162b.pdf>

7.2 Fuentes bibliográficas

- Ander , E. (2011). *Aprender a investigar : nociones básicas para la investigación social. Buenos Aires. Argentina: Brujas*. Obtenido de <http://abacoenred.com/wp-content/uploads/2017/05/Aprender-a-investigar-nociones-basicas-Ander-Egg-Ezequiel-2011.pdf.pdf>

Carrasco, S. (2005). *Metodología de la Investigación Científica* (1ra ed.). Lima, Perú: San Marcos.

Real Academia de la Lengua Española (RAE). (s.f.). *Diccionario de la Real academia de la Lengua Española*. Obtenido de <https://dle.rae.es/?id=Fzm8ZpA>

7.3 Fuentes hemerográficas

Diario Oficial El Peruano. (21 de Julio de 2016). Ley N° 30490. *Ley de la Persona Adulta Mayor*. págs. 593718-593723. Obtenido de <https://busquedas.elperuano.pe/download/url/ley-de-la-persona-adulta-mayor-ley-n-30490-1407242-1>

Ministerio de Salud. (25 de Octubre de 2009). *80% de caídas en el adulto mayor ocurren en casa*. Obtenido de Nota de prensa: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/37929-80-de-caidas-en-el-adulto-mayor-ocurren-en-casa>

Silva, N. (01 de 08 de 2014). *Adulto mayor: Tres de cada diez sufren una caída al año*. *El Comercio*, págs. 1-2.

7.4 Fuentes electrónicas

Balbás, V., & Gómez, A. (s.f.). *Moduli 2: Proceso de atención de Enfermería en las caídas del pacientes geriátrico*. Obtenido de http://www2.enfermeriacantabria.com/web_cursosenfermeria/docs/MODULO_2.pdf

Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. (Diciembre de 2009). *Pautas y Recomendaciones para el funcionamiento de los Centros Integrales de Atención al adulto Mayor (CIAM)*. Obtenido de https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/CIAM_boletin.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe Mundial de Envejecimiento y Salud*. Obtenido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=08E090E7A0EC1E4619CBA0F03A9A480E?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (16 de Enero de 2018). *Caidas*. Obtenido de Datos y Cifras: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>

ANEXOS

01 Instrumento para la toma de datos

UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

I. DATOS GENERALES

Edad: _____ Sexo: M () F () Lugar: _____

II. INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Escala De Tinetti para evaluar riesgo de caídas en Adultos Mayores

Autor: Tinetti (1986)

En el presente instrumento tiene el propósito determinar el riesgo de caídas que puede sufrir usted. Por lo que le solicito participar con compromiso y ánimos en cada paso.

Escala De Tinetti Para el Equilibrio:

Con el paciente sentado en una silla dura sin brazos.

1. Equilibrio sentado	Se recuesta o resbala de la silla	0
	Estable y seguro	1
2. Se levanta	Incapaz sin ayuda	0
	Capaz, pero usa los brazos	1
	Capaz sin usar los brazos	2
3. Intenta levantarse	Incapaz sin ayuda	0
	Capaz, pero requiere más de un intento	1
	Capaz de un solo intento	2
4. Equilibrio inmediato de pie (15 seg)	Inestable (vacila, se balancea)	0
	Estable con bastón o se agarra	1
	Estable sin apoyo	2
5. Equilibrio de pie	Inestable	0
	Estable con bastón o abre los pies	1
	Estable sin apoyo y talones cerrados	2
6. Tocado (de pie, se le empuja levemente por el esternón 3 veces)	Comienza a caer	0
	Vacila se agarra	1
	Estable	2
7. Ojos cerrados (de pie)	Inestable	0
	Estable	1
8. Giro de 360 °	Pasos discontinuos	0
	Pasos continuos	1
	Inestable	0
	Estable	1
9. Sentándose	Inseguro, mide mal la distancia y cae en la silla	0
	Usa las manos	1
	Seguro	2

PUNTUACIÓN TOTAL DEL EQUILIBRIO (máx. 16 puntos).

Escala de Tinetti para la marcha

Con el paciente caminando a su paso usual y con la ayuda habitual (bastón o andador).

1. Inicio de la marcha	Cualquier vacilación o varios intentos por empezar	0
	Sin vacilación	1
2. Longitud y altura del paso	A) Balanceo del pie derecho	
	No sobrepasa el pie izquierdo	0
	Sobrepasa el pie izquierdo	1
	No se levanta completamente del piso	0
	Se levanta completamente del piso	1
	B) Balanceo del pie izquierdo	
	No sobrepasa el pie derecho	0
	Sobrepasa el pie derecho	1
	No se levanta completamente del piso	0
	Se levanta completamente del piso	1
3. Simetría del paso	Longitud del paso derecho desigual al izquierdo	0
	Pasos derechos e izquierdos iguales	1
4. Continuidad de los pasos	Discontinuidad de los pasos	0
	Continuidad de los pasos	1
5. Pasos	Desviación marcada	0
	Desviación moderada o usa ayuda	1
	En línea recta sin ayuda	2
6. Tronco	Marcado balanceo o usa ayuda	0
	Sin balanceo pero flexiona rodillas o la espalda o abre los brazos	1
	Sin balanceo, sin flexión, sin ayuda	2
7- Posición al caminar	Talones separados	0
	Talones casi se tocan al caminar	1

PUNTUACIÓN TOTAL DE LA MARCHA (máx.12).

PUNTUACIÓN TOTAL GENERAL (máx. 28).

El tiempo aproximado de aplicación de esta prueba es de 8 a 10 minutos. El entrevistador camina detrás del paciente y le solicita que responda a las preguntas relacionadas a la marcha. Para contestar lo relacionado con el equilibrio, el entrevistador permanece de pie junto al paciente (enfrente y a la derecha).

La puntuación se totaliza cuando el paciente se encuentra sentado.

Interpretación:

A mayor puntuación mejor funcionamiento. La máxima puntuación para la marcha es 12, para el equilibrio es 16. La suma de ambas puntuaciones proporciona el riesgo de caídas.

A mayor puntuación= menor riesgo

Menos de 19 = riesgo alto de caídas

De 19 a 24 = riesgo de caídas.

Escala de J. H. Downton para evaluar riesgo de caídas en adultos mayores

ÍTEMS		PUNTA JE
CAÍDAS PREVIAS	No	0
	Si	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes- sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Anestesia	1
DEFICITS SENSITIVO-MOTORES	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (parálisis, paresia...)	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda/sin ayuda	1
	Imposible	1
EDAD	< 70 años	0
	> 70 años	1

Alto riesgo: mayor a 2 puntos.

PRUEBA “LEVANTA Y ANDA” (TEST GET UP AND GO)

- El paciente se sienta en una silla con brazos
- Se le indica que se levante (inicio prueba y de cronometraje), camina 3 metros y vuelve a sentarse en la silla inicial (fin de cronometraje)
- Interpretación:
 - < 20 segundos: normal
 - >20 segundos: riesgo de caída aumentado

Tiempo: _____

02 Base de datos

ALFA Riesgo-de-caidas-en-adultos-mayores-actualizado.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	Ident	Numérico	4	0		Ninguno	Ninguno	4	Derecha	Escala	Entrada
2	Edad	Numérico	4	0	Edad	Ninguno	Ninguno	4	Derecha	Escala	Entrada
3	Sexo	Numérico	4	0	Sexo	{1, Masculin...	Ninguno	4	Derecha	Nominal	Entrada
4	Lugar	Numérico	4	0	Lugar	{1, Manzan...	Ninguno	4	Derecha	Nominal	Entrada
5	X1	Numérico	4	0	Equilibrio sentado	{0, se recue...	Ninguno	4	Derecha	Ordinal	Entrada
6	X2	Numérico	4	0	Se levanta	{0, Incapaz ...	Ninguno	4	Derecha	Ordinal	Entrada
7	X3	Numérico	4	0	Intenta levantarse	{0, Capaz si...	Ninguno	4	Derecha	Ordinal	Entrada
8	X4	Numérico	4	0	Equilibrio inme...	{0, inestable...	Ninguno	4	Derecha	Ordinal	Entrada
9	X5	Numérico	4	0	Equilibrio de pie	{0, inestable...	Ninguno	4	Derecha	Ordinal	Entrada
10	X6	Numérico	4	0	Tocado (de pie...	{0, comienz...	Ninguno	4	Derecha	Ordinal	Entrada
11	X7	Numérico	4	0	Ojos cerrados	{0, Inestable...	Ninguno	4	Derecha	Ordinal	Entrada
12	X8	Numérico	4	0	Giro de 360°	{0, Pasos di...	Ninguno	4	Derecha	Ordinal	Entrada
13	X9	Numérico	4	0	Giro de 360°	{0, Inestable...	Ninguno	4	Derecha	Ordinal	Entrada
14	X10	Numérico	4	0	Sentandose	{0, Inseguro...	Ninguno	4	Derecha	Ordinal	Entrada
15	Y1	Numérico	4	0	Inicio de la mar...	{0, Cualque...	Ninguno	4	Derecha	Ordinal	Entrada
16	Y2	Numérico	4	0	Longitud y altur...	{0, No sobre...	Ninguno	4	Derecha	Ordinal	Entrada
17	Y3	Numérico	4	0	Longitud y altur...	{0, No se le...	Ninguno	4	Derecha	Ordinal	Entrada
18	Y4	Numérico	4	0	Longitud y altur...	{0, No sobre...	Ninguno	4	Derecha	Ordinal	Entrada
19	Y5	Numérico	4	0	Longitud y altur...	{0, No se le...	Ninguno	4	Derecha	Ordinal	Entrada
20	Y6	Numérico	4	0	Simetricidad del p...	{0, Longitud...	Ninguno	4	Derecha	Ordinal	Entrada
21	Y7	Numérico	4	0	Continuidad de ...	{0, Disconti...	Ninguno	4	Derecha	Ordinal	Entrada
22	Y8	Numérico	4	0	Pasos	{0, Desviaci...	Ninguno	4	Derecha	Ordinal	Entrada
23	Y9	Numérico	4	0	Tronco	{0, Marcado...	Ninguno	4	Derecha	Ordinal	Entrada
24	Y10	Numérico	4	0	Posicion al ca...	{0, Talones ...	Ninguno	4	Derecha	Ordinal	Entrada
25	Z1	Numérico	4	0	Caidas previas	{0, No}...	Ninguno	4	Derecha	Ordinal	Entrada

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

17:13 8/10/2019

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
24	Y9	Numérico	4	0	Tronco	{0, Marcado...	Ninguno	4	Derecha	Ordinal	Entrada
25	Y10	Numérico	4	0	Posicion al caminar	{0, Talones ...	Ninguno	4	Derecha	Ordinal	Entrada
26	Z1	Numérico	4	0	Caidas previas	{0, No}...	Ninguno	4	Derecha	Ordinal	Entrada
27	Z2	Numérico	4	0	Medicamentos	{0, Ninguno}...	Ninguno	4	Derecha	Ordinal	Entrada
28	Z3	Numérico	4	0	Deficits sensitivo motores	{0, Ninguno}...	Ninguno	4	Derecha	Ordinal	Entrada
29	Z4	Numérico	4	0	Estado mental	{0, Orientad...	Ninguno	4	Derecha	Ordinal	Entrada
30	Z5	Numérico	4	0	Deambulacion	{0, Normal}...	Ninguno	4	Derecha	Ordinal	Entrada
31	Z6	Numérico	4	0	Edad	{0, < 70 añ...	Ninguno	4	Derecha	Ordinal	Entrada
32	edadreco	Numérico	4	0	Edad en tres grupos	{1, Edad av...	Ninguno	4	Derecha	Nominal	Entrada
33	Tinettiequili...	Numérico	4	0		Ninguno	Ninguno	4	Derecha	Escala	Entrada
34	tinettyreco	Numérico	4	0	Tinetty total recodificado	{1, Alto rieg...	Ninguno	4	Derecha	Ordinal	Entrada
35	Tinettimarcha	Numérico	4	0		Ninguno	Ninguno	4	Derecha	Escala	Entrada
36	TINETTYRE...	Numérico	4	0	Tinetty de equilibrio y marcha	{1, Alto rieg...	Ninguno	4	Derecha	Nominal	Entrada
37	Downtontotal	Numérico	4	0		Ninguno	Ninguno	4	Derecha	Escala	Entrada
38	Dowtonreco	Numérico	4	0	Clasificacion del riesgo de caidas	{1, Bajo ries...	Ninguno	4	Derecha	Nominal	Entrada
39	GOTANDUP	Numérico	4	0		Ninguno	Ninguno	4	Derecha	Escala	Entrada
40	GETUPAND...	Numérico	4	0	Prueba levanta y anda	Ninguno	Ninguno	4	Derecha	Nominal	Entrada
41	recodificado...	Numérico	4	0	recodificado1	Ninguno	Ninguno	4	Derecha	Nominal	Entrada
42	DOWNTON...	Numérico	4	0	Downtontotal (Agrupada)	{1, Bajo ries...	Ninguno	4	Derecha	Ordinal	Entrada
43	PERFILTIN...	Numérico	4	0		Ninguno	Ninguno	4	Derecha	Escala	Entrada
44	PERFILTIN...	Numérico	4	0	PERFIL TINETTI RECODIFICADO	{1, Menos d...	Ninguno	4	Derecha	Nominal	Entrada
45	TINETTIEQ...	Numérico	4	0	PUNTUACIONES PROMEDIOS DE TINETTI EQUILIBRIO	Ninguno	Ninguno	4	Derecha	Escala	Entrada
46	TINETTIMA...	Numérico	4	0	PUNTUACIONES PROMEDIOS DE TINETTI MARCHA	Ninguno	Ninguno	4	Derecha	Escala	Entrada
47											

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

01:27 1/03/2021

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 46 de 46 variables

	Ide nt	Ed ad	Se xo	Est adi civil	Lug ar	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	X10	Y1	Y2	Y3	Y4	Y5	Y6	Y7	Y8	Y9	Y1 0	Z1	Z2	
1	1	83	2	4	1	0	2	2	2	2	2	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	2	1	0	1	
2	2	84	2	2	1	1	2	2	2	2	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	0	0	1	
3	3	84	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	
4	4	89	2	4	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	2	0	0	1	
5	5	80	2	2	1	1	2	2	2	2	2	0	1	1	2	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	
6	6	82	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	0	0	0	
7	7	74	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	
8	8	75	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	0	0	1	
9	9	64	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	2	2	0	1	0	
10	10	65	2	1	1	1	1	2	2	2	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	2	0	0	0	
11	11	63	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	0	0	1	
12	12	68	2	4	1	1	2	2	2	2	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	1	
13	13	87	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	1	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	1	
14	14	71	2	5	1	1	1	2	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	
15	15	63	2	2	1	1	1	2	2	2	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	0	0	1	
16	16	65	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	0	0	1	
17	17	77	2	4	1	0	2	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	1	
18	18	77	2	4	1	0	1	2	0	0	2	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	
19	19	61	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	0	0	0	
20	20	63	2	2	1	0	1	1	0	0	2	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	
21	21	60	2	4	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	2	1	0	1	
22	22	66	2	4	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	2	1	0	1	

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

01:28 1/03/2021

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 46 de 46 variables

	Ide nt	Ed ad	Se xo	Est adi civil	Lug ar	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	X10	Y1	Y2	Y3	Y4	Y5	Y6	Y7	Y8	Y9	Y1 0	Z1	Z2	
49	49	70	2	5	2	1	2	2	1	1	2	0	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	0	
50	50	62	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	
51	51	79	2	4	2	1	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	
52	52	60	2	2	4	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	0	1	0	
53	53	73	2	2	3	1	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	2	1	0	0	1
54	54	76	2	4	3	1	1	2	2	2	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	
55	55	72	2	2	3	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	
56	56	60	2	4	3	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	0	0	1	
57	57	76	2	4	3	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	0	0	0	
58	58	74	2	2	3	1	1	1	2	2	2	1	1	1	2	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	
59	59	77	2	1	4	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	0	0	1	
60	60	66	2	5	4	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	0	1	0	
61	61	77	2	2	4	1	1	2	2	2	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	
62	62	71	2	2	4	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	0	0	1	
63	63	60	2	4	3	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	0	0	1	
64																												
65																												
66																												
67																												
68																												
69																												
70																												

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

01:28 1/03/2021

REGISTRO DE EVIDENCIAS



Imagen 1: Evaluación de Escala de Tinetti para la marcha.



Imagen 2: Evaluación de Escala de Tinetti para equilibrio.



Imagen 3: Evaluación de Escala de Tinetti para equilibrio.



Imagen 4: Evaluación de Escala de Tinetti para marcha

DECLARATORIA DE AUTENTICAD DEL AUTOR

Yo, Gallardo Canales Viviana Vanessa alumna de la Facultad de Medicina Humana y Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión con sede en Huacho, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan al Proyecto de Investigación titulado “Riesgo de caídas en adultos mayores que asisten a los centros de atención del distrito de hualmay-2019” son:

1. De mi autoría.
2. El presente Proyecto de Investigación no ha sido plagiado ni total, ni parcialmente.
3. El Proyecto de Investigación no ha sido publicado ni presentado anteriormente.
4. Los resultados presentados en el presente Proyecto de Investigación son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión.

Huacho, 18 de julio del 2022

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN



El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su papel en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Gallardo Canales Viviana, de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión. La meta de este estudio es evaluar el riesgo de caídas en adultos mayores que asisten a los centros de atención del distrito de Hualmay mediante un test. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista y pasar el test de Tinetti. Esto tomará aproximadamente 15 a 20 minutos de su tiempo. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la entrevista serán anónimas. Si tiene alguna duda sobre este proyecto de investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, usted tiene el derecho de hacérselo saber a la investigadora o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Gallardo Canales Viviana. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es evaluar el riesgo de caídas en adultos mayores que asisten a los centros de atención del distrito de Hualmay mediante un test. También que tendré que responder preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 15 a 20 minutos. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Gallardo Canales Viviana al teléfono 930365763.

Firma del Participante

Nombre del Participante

UNIVERSIDAD NACIONAL JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD HUAYRA OTUN
MICRORED HUALMAY

24 AGO. 2022

Recibido por: 

Registro:

SOLICITO CONSTANCIA DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Dra. Roxana La Rosa Paredes
Médico Jefe del Centro de Salud de Hualmay

Yo, Viviana Vanessa Gallardo Canales, identificado con DNI N° 72002102, Bachiller en Enfermería, de la universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, ante usted me presento y expongo:

Que, mediante el presente documento solicito la constancia de trabajo de investigación realizada en los meses de noviembre y diciembre del 2019, titulada: "RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LOS CENTROS DE ATENCIÓN DEL DISTRITO DE HUALMAY-2019".

Por lo expuesto ruego acceder a mi solicitud, agradeciéndole anticipadamente la expedición de dicha constancia y su tiempo.

Huacho, 19 de agosto del 2022



Nombres y Apellidos:
Viviana Gallardo Canales
DNI: 72002102



"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERAIA NACIONAL"



CONSTANCIA

EL MEDICO JEFE DEL CENTRO DE SALUD HUALMAY, HACE
CONSTAR QUE:

VIVIANA VANESSA GALLARDO CANALES, Bachiller en Enfermería de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, ha realizado la ejecución de su Proyecto de investigación "RIESGO DE CAIDAS EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A LOS CENTROS DE ATENCION DEL DISTIRTO DE HUALMAY – 2019", en los meses de noviembre y diciembre del 2019.

Se expide el presente documento para los fines que crea conveniente,

Hualmay, setiembre 05 del 2022



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
RED HUALMA OYON
Roxana La Rosa Paredes
ROXANA LA ROSA PAREDES
C.M.P. 27452
MEDICO JEFE CENTRO SALUD HUALMAY

RLP
c.c. Archivo

Email: cshualmay@hotmail.com
Calle Esteban Pichilingue 3era. Cuadra - Hualmay Huacho. Telefono: 219-3668