

UNIVERSIDAD NACIONAL

JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

TESIS

RIESGO DE CAÍDAS Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES

DEL CENTRO POBLADO PRIMAVERA, 2020

PRESENTADO POR

Bach. Camila Lesly, Pérez Valenzuela

PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA

ASESORA

M(a). Eva Jesús, Rojas Zavaleta

HUACHO - PERÚ

2020

TESIS

**RIESGO DE CAÍDAS Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES
DEL CENTRO POBLADO PRIMAVERA, 2020.**

AUTORA

BACH. CAMILA LESLY, PÉREZ VALENZUELA

ASESORA DE TESIS

M(a). EVA JESÚS, ROJAS ZA VALETA

MIEMBROS DEL JURADO

PRESIDENTA: M(a) MARÍA ISABEL CURAY OBALLE

SECRETARIA: M(a) MARY LUZ GRADOS ALOR

VOCAL: LIC. SILVIA ISABEL CHIRITO LAURENCIO

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi madre Guadalupe Myriam, porque ella siempre estuvo ahí, brindándome guía y apoyo en este corto trayecto que llevo de vida, dándome también motivación para realizar cualquier objetivo que me propongo.

A mis abuelos Ricardo Valenzuela y Maritza Guerra, por enseñarme que lo más importante siempre es y será el estudio, y que nunca hay que darse por vencidos.

AGRADECIMIENTO

A mi madre Guadalupe Myriam, por el apoyo y cariño que siempre me brinda en todo momento y de forma incondicional, por darse el tiempo de brindarme ayuda, que quizá ella no lo consideró tan relevante, pero para mí fueron detalles que me impulsaron a culminar este pequeño objetivo.

A mi asesora M(a) Eva Rojas, por su paciencia y asesoramiento al encaminarme en la culminación de este trabajo de investigación.

A las autoridades del centro poblado Primavera, por permitirme aplicar el tema de la investigación.

INDICE

PORTADA.....	i
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	xii
ABSTRACT.....	xiii
INTRODUCCIÓN	14
Capítulo I	16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
1.1. Descripción de la realidad problemática	16
1.2. Formulación del problema	20
1.2.1. Problema General	20
1.2.2. Problemas específicos	20
1.3. Objetivos de la Investigación	20
1.3.1. Objetivo General	20
1.3.2. Objetivos Específicos	20
1.4. Justificación de la investigación.....	20
1.5. Delimitación del estudio	21
1.6. Viabilidad del estudio	22
Capítulo II:.....	23

MARCO TEÓRICO	23
2.1. Antecedentes de la investigación	23
2.2. Bases teóricas	28
2.3. Definiciones conceptuales.....	38
2.4. Formulación de la Hipótesis.....	39
2.4.1. Hipótesis General	39
2.4.2. Hipótesis Específicas	40
Capítulo III.....	41
METODOLOGIA	41
3.1. Diseño Metodológico	41
3.1.1. Tipo de investigación	41
3.1.2. Nivel de investigación	41
3.1.3. Diseño.....	41
3.1.4. Enfoque.....	41
3.2. Población y Muestra.....	41
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	45
3.4.1. Técnicas a emplear	45
3.4.2. Descripción de los instrumentos.....	45
3.5. Técnicas para el procesamiento de la información	46
Capitulo IV	47
RESULTADOS	47

Capítulo V.....	51
DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	51
5.1. Discusión.....	51
5.2. Conclusiones	54
5.3. Recomendaciones.....	54
Capítulo VI	56
FUENTES DE INFORMACIÓN	56
6.1. Fuentes bibliográficas	56
6.2. Fuentes Hemerográficas.....	58
6.3. Fuentes Electrónicas.....	61

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Riesgo de caídas en adultos mayores.....	47
Tabla 2. Capacidad funcional en adultos mayores	48
Tabla 3. Relación entre capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores	49
Tabla 4. Pruebas de Chi-cuadrado	50

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Riesgo de caídas	47
Figura 2. Capacidad funcional en adultos mayores	48

INDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Matriz de Consistencia.....	64
Anexo 2. Consentimiento informado.....	66
Anexo 3. Instrumento	67
Anexo 4. Caracterización de los adultos mayores encuestados.....	70
Anexo 5. Libro de códigos.....	71
Anexo 6. Codificación de la primera y segunda variable	72
Anexo 7. Puntuación de riesgo de caídas	74
Anexo 8. Puntuación de la capacidad funcional.....	76
Anexo 9. Solicitud para la aplicación de instrumento	78
Anexo 10. Autorización para aplicación de instrumento.....	79
Anexo 11. Evidencias fotográficas	80

RESUMEN

Se presenta la investigación “Riesgo de caídas y capacidad funcional en adultos mayores del centro poblado Primavera, 2020”, desarrollado con el objetivo de identificar la relación entre el riesgo de caídas y la capacidad funcional en adultos mayores de dicho centro poblado. La metodología utilizada fue correlacional, de tipo transversal, diseño no experimental y enfoque cuantitativo; con una población de 50 adultos mayores; para la recolección de datos se usó la encuesta, posteriormente se desarrolló el análisis estadístico correspondiente. Hallando que un 56% tiene un mediano riesgo en cuanto a caídas, independencia y leve dependencia sobre la capacidad funcional representado por 46%. Concluyendo que existe una relación significativa entre las dos variables propuestas, hallándose un mediano riesgo de caídas y una leve dependencia en cuanto a la capacidad funcional.

Palabras clave: riesgo de caída, capacidad funcional, adultos mayores.

ABSTRACT

The research “Risk of falls and functional capacity in older adults of the populated center Primavera, 2020”, developed with the objective of identifying the relationship between the risk of falls and the functional capacity in older adults of said populated center is presented. The methodology used was correlational, cross-sectional, non-experimental design and quantitative approach; with a population of 50 older adults; For the data collection the survey was used, subsequently the corresponding statistical analysis was developed. Finding that 56% have a medium risk in terms of falls, independence and slight dependence on the functional capacity represented by 46%. Concluding that there is a significant relationship between the two variables proposed, finding a medium risk of falls and a slight dependence on functional capacity.

Keywords: risk of falling, functional capacity, older adults.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es comprendido como una serie de cambios que se da gradualmente en los individuos (Instituto Nacional de Geriátrica, 2017), debemos tener en cuenta que estos cambios no se dan de forma homogénea y su relación con los años acumulados es referente (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Se realizaron estimaciones en entre los años comprendidos entre 2000 y 2050 resultando que la población mayores de 65 incrementará al doble, de un 11% a 22%, (Organización Mundial de la Salud, 2018); esto se da debido a que la esperanza de vida mundial de la población ha aumentado del 2019 con 72,6 años a 77,1 años en el 2050 (Organización de las Naciones Unidas, 2019).

La población adulta mayor en el Perú se concentra a nivel regional en Lima con 10.9% adultos mayores en el cuarto lugar, dentro de esta se ubica en el segundo lugar la provincia de Huaura con 0.3% y en el quinto puesto en lo que respecta a distritos a Végueta con una población adulta mayor de 2571 (Dirección Regional de Salud, 2019), de la población total de Végueta el 10.3% pertenece a Primavera (Romero C. , 2012)

Las caídas son sucesos que se dan de manera fortuita generando desequilibrio de tal modo que se propicie el cuerpo de la persona hacia el suelo o hacia una superficie cercana, el riesgo de sufrir una caída es directamente proporcional con la edad del individuo (Organización Mundial de la Salud, 2018). En cuanto a la capacidad funcional o funcionalidad comprende cualidades que permiten a una persona realizar actividades que satisfagan sus necesidades, siendo inversamente proporcional con la edad de la persona (Organización Mundial de la Salud, 2015).

En base a lo antes mencionado se planteó el objetivo de identificar la relación entre el riesgo de caídas y la capacidad funcional en adultos mayores del Centro Poblado

Primavera; mediante revisión bibliográfica sobre los diversos trabajos que han abordado temas concordantes con esta tesis.

Capítulo I: en este capítulo se detalla el planteamiento del problema en el cual se describe la realidad problemática, la formulación del problema, los objetivos de la investigación, la justificación de la investigación, delimitación del estudio y la viabilidad del estudio.

Capítulo II: en este capítulo se detalla el marco teórico en el cual se describe los antecedentes de la investigación tanto internacionales, nacionales y locales; bases teóricas que sustentan el estudio, marco conceptual, definiciones conceptuales, definiciones de términos básicos y formulación de la hipótesis.

Capítulo III: está conformada por la metodología de la investigación donde abarca el tipo, diseño y enfoque de investigación; población y muestra; operacionalización de las variables a estudiar, la técnica a emplear y descripción de los instrumentos.

Capítulo IV: en este capítulo se plasman los resultados con sus respectivas tablas y figuras interpretadas.

Capítulo V: está constituido por la discusión, conclusiones y las recomendaciones.

Capítulo VI: está conformado por las fuentes de información bibliográficas, hemerográficas y electrónicas.

Capítulo I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.Descripción de la realidad problemática

El envejecimiento es una serie de cambios que se da de forma gradual en las personas, estas sufren adaptaciones tanto físicas como mentales, en esta nueva etapa se da un declive de la capacidad funcional, propios de la edad y los daños acumulados al desenvolverse en ciertos entornos (Instituto Nacional de Geriátrica, 2017).

Debemos tener presente que estos cambios no se dan de forma homogénea y su relación con los años acumulados es referente, ya que la vejez es muy diversa y no hay un prototipo de adulto mayor; por un lado podemos encontrar que algunos gozan de una salud envidiable, pero también podemos irnos al otro extremo y encontrar adultos mayores que han sufrido un notable desgaste de forma precoz. Una singularidad de la vejez es la aparición de los llamados síndromes geriátricos, que solo se presentan en este trayecto de la vida, incluyendo a las caídas, entre otros (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Entre los años 2000 y 2050 la población de mayores de 65 incrementará al doble, de un 11% a 22%, superando para el presente año a los niños menores de 5 años, situándose en su mayoría alrededor de un 80% en países de ingresos medianos y bajos para el año 2050 (Organización Mundial de la Salud, 2018) está ampliamente relacionado con que la esperanza de vida de la población a nivel mundial haya incrementado, del 2019 con 72,6 años a 77,1 años en el 2050. Hay una ligera varianza con los países menos desarrollados, alrededor de 7,7 años por debajo de la media mundial (Organización de las Naciones Unidas, 2019).

En países menos desarrollados como Perú según las Estimaciones y Proyecciones de la Población Nacional 1950 – 2070 se puede apreciar una población en proceso de envejecimiento según las pirámides poblacionales del 1950, 2000 y sus proyecciones del 2025 y 2070. Se calcula una esperanza de vida al nacer para el 2020 – 2025 de 77.2 años que aumentará a 81.5 años en el 2065 – 2070 (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2019).

En cuanto a las estadísticas de la población adulta mayor en el Perú: se aprecia que la región con mayor porcentaje es Moquegua, con un 11.2%; Lima se sitúa en cuarto lugar con un 10.9% de adultos mayores, dentro de esta se ubica a la Provincia de Huaura en el segundo lugar, con 27,254 adultos mayores, representado por 0.3%. (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2015). Por distrito encontramos a Huacho ubicado en el primer lugar, con un total 8353 personas adultas mayores y en el quinto puesto el Distrito de Végueta con una población adulta mayor de 2571 (Dirección Regional de Salud, 2019), de la población total de Végueta el 10.3% pertenece a Primavera (Romero C. , 2012)

Las caídas son sucesos que se dan de manera fortuita generando desequilibrio de tal modo que se propicie el cuerpo de la persona hacia el suelo o hacia una superficie cercana; el riesgo de sufrir una caída se incrementa con el paso de los años, es decir a mayor edad incrementa el riesgo, pero difiere según el sexo resaltando que en los varones las caídas mortales aumentan, en comparación con las mujeres que sufren en su mayoría más caídas no mortales (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Es considerada la segunda causa de muerte a nivel mundial debido a las lesiones que puede causar; debemos tener en cuenta también que en el registro de muertes por caídas más de un 80% ocurre en los países de bajos ingresos (Organización Mundial de la Salud, 2018). El 30% de los gerontes sufren caídas anualmente; el 5% de ellos

presentan lesiones mayores y otras consecuencias, el 2% necesitará ser hospitalizado y de éstos sólo la mitad sobrevivirá al año de la caída. Aproximadamente el 10% de los adultos mayores que acuden a emergencia son debido a caídas. Generando consecuencias socioeconómicas al tener una mayor dependencia ya que en algunos se ve disminuida su capacidad funcional, principalmente en las actividades del diario vivir (Montse, 2016).

La capacidad funcional o funcionalidad comprende cualidades que permiten a una persona realizar actividades que satisfagan sus necesidades. Abarcando 3 componentes; la capacidad intrínseca de la persona, el entorno y las interacciones entre la persona y su entorno. En cuanto a la capacidad intrínseca, nos referimos a ella como las aptitudes tanto fisiológicas y/o psicológicas con las que cuenta el adulto, definimos al entorno como el lugar donde se va a desarrollar dicha persona y va a realizar sus actividades. Las interrelaciones con el medio están ampliamente ligadas a las características personales, estas pueden ser fijas como el sexo o variables como la ocupación o la riqueza, teniendo gran importancia ya que nacemos y nos desarrollamos en un medio social (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Mientras el ser humano va envejeciendo se van acumulando distintos daños, por lo que es natural que la capacidad funcional empiece a menguar, esto está determinado como se dijo con anterioridad por los daños acumulados a los que nos exponemos durante nuestra vida (Organización Mundial de la Salud, 2018).

En México, al evaluarse la capacidad funcional o funcionalidad de los gerontes se obtuvo que el 1.3% presentaron una moderada dependencia y un porcentaje de 98.7% una dependencia leve; en lo que respecta al riesgo de caídas de la población total tomada solo un 21.3% tiene un alto riesgo (Ortega, 2019).

En Ecuador encontramos que sobre la capacidad funcional, el 67% de ancianos presentaron distintos grados de incapacidad, la incapacidad leve con un 7%, se obtuvo también en los que respecta a incapacidad severa y moderada porcentajes de 23% y 37% respectivamente (Salazar, 2017).

En Perú, en la ciudad de Piura sobre la funcionalidad y el riesgo de sufrir caídas encontramos que; en lo que respecta a la capacidad funcional un 36.4% tiene una dependencia moderada con un 40.9% con riesgo de sufrir caídas (Seminario, 2018).

En Lima, sobre el riesgo de caídas y capacidad funcional se obtuvieron los siguientes resultados, un alto y bajo riesgo de caídas representado con un 98.1% y 1.9% respectivamente. Sobre la capacidad funcional encontramos una dependencia severa, moderada, total y escasa representado por los siguientes porcentajes 56.4%, el 28.8%, el 10.9% y el 3.8%, respectivamente (Rosendo, 2019).

En Primavera, un Centro Poblado de Végueta, sobre las actividades básicas del diario vivir de la totalidad de encuestados, el 38.2% presenta independencia en la capacidad funcional y por otro lado el 21.8% presenta una dependencia de forma moderada (Ramirez, 2018).

De lo expuesto y según lo observado en la experiencia comunitaria, el Centro Poblado primavera tiene una población adulta mayor en riesgo de sufrir caídas y más aún al estar ubicados en un ambiente con características que potencian esta posibilidad, por lo que se consideró de gran importancia conocer del riesgo de caídas y la capacidad funcional de los adultos mayores para de esta manera planificar cuidados dirigidos a dicha población, se formularon las siguientes interrogantes.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema General

¿Cuál es la relación entre el riesgo de caídas y la capacidad funcional en adultos mayores del Centro Poblado Primavera, 2020?

1.2.2. Problemas específicos

1. ¿Cuál es el riesgo de caídas en adultos mayores del Centro Poblado Primavera, 2020?
2. ¿Cuál es la capacidad funcional en adultos mayores del Centro Poblado Primavera, 2020?

1.3. Objetivos de la Investigación

1.3.1. Objetivo General

- Determinar la relación entre el riesgo de caídas y la capacidad funcional en adultos mayores del Centro Poblado Primavera, 2020

1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar el riesgo de caídas en adultos mayores del Centro Poblado Primavera, 2020.
- Identificar la capacidad funcional en adultos mayores del Centro Poblado Primavera, 2020.

1.4. Justificación de la investigación

Justificación teórica.

Con el presente estudio se aportaron datos sobre los adultos mayores del Centro Poblado Primavera, cuyo resultado orientará el cuidado del anciano en relación a las medidas de prevención a tener en cuenta respecto al riesgo de caídas, mediante

intervenciones del enfermero conjuntamente con la comunidad, promoviendo y previniendo el envejecimiento saludable de los adultos mayores y su bienestar. A su vez contribuirá a aumentar los conocimientos a través de las revisiones bibliográficas y también para futuras investigaciones que se relacionen con la temática estudiada.

Justificación metodológica.

Los instrumentos que se utilizaron son la Escala de Downton y el Índice de Barthel, válidos y confiables, además de ser ampliamente utilizados en el ámbito hospitalario, también pueden ser aplicados en el ámbito comunitario gracias a su fácil adaptación al medio; la información que se halló en esta investigación será de utilidad para otros estudios de investigación.

Justificación social y práctica

El presente estudio contribuirá al reconocimiento del trabajo del enfermero, contribuyendo a reforzar la calidad de atención que se brinda en el ámbito comunitario a la población en riesgo considerada en este caso, los adultos mayores. A su vez la población se beneficiará del aprendizaje que se les puede brindar sobre el tema de caídas.

1.5.Delimitación del estudio

Delimitación espacial:

La investigación fue desarrollada en el Centro Poblado Primavera, ubicado en el distrito de Végueta, provincia de Huaura, departamento de Lima.

Delimitación temporal

La aplicación de esta investigación se llevó a cabo en el mes de febrero de este año.

Delimitación social

Se realizó con la población de adultos mayores que residen en del centro poblado de Primavera.

1.6.Viabilidad del estudio

El estudio fue viable debido a que se contó con el tiempo, recursos materiales y económicos, y también con el apoyo de las autoridades y pobladores para la recolección de la información; por último cabe mencionar que no se dieron impedimentos de carácter ético ya que se hizo uso del consentimiento informado previo a la aplicación de los instrumentos y se mantuvo el anonimato de los participantes.

Capítulo II:

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Antecedentes Internacionales

Ortega (2019) realizó un estudio titulado “Capacidad funcional y riesgo de caídas en pacientes adultos mayores que acuden a la Unidad de Medicina Familiar No. 2, Xochitepec, Morelos” se planteó el objetivo de determinar la capacidad funcional y riesgo de caídas en pacientes adultos mayores que acuden a dicha unidad. La metodología usada fue la de un estudio epidemiológico tipo encuesta transversal, descriptivo, observacional, muestreo no probabilístico a conveniencia, se hizo uso de los siguientes instrumentos “Escala de Barthel”, “Escala Minimental de Folstein”, “Escala de Mini Nutritional Assessment” y “Escala de Tinneti”. La prueba de hipótesis utilizada fue la chi-cuadrada y el análisis de correlación de Spearman, tomando una $p < 0.05$ para la significancia estadística. Obteniéndose como resultado que existía una relación entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas en los adultos mayores que asisten a dicha unidad; el 1.3% presentó una dependencia moderada y el 98.7% dependencia leve; en lo que respecta al riesgo de caídas el 40% sin riesgo y el 21.3% un riesgo alto. Llegando a la conclusión de que uno de los problemas fundamentales para la población adulta mayor son las caídas, puesto que no solo llevan a la discapacidad.

Chamorro (2018) realizó la investigación “riesgo de caídas en adultos mayores del Casco Urbano del Municipio de Potosí en el Departamento de Rivas, diciembre 2018” se planteó como objetivo el de evaluar los riesgos de caídas en los adultos mayores de dicho casco urbano. La metodología utilizada en el estudio fue: descriptiva, transversal; por conveniencia se utilizó el muestreo no probabilístico, la población a estudiar fue

conformada por un total de 73 ancianos. Se obtuvieron los resultados descritos a continuación: 52.05% representado por 30 encuestados fueron mujeres; predominando en un 45%, representado por 32 encuestados, las edades comprendidas entre 60 – 74 años, y de 75 años a más con un 30%, representado por 21 encuestados. En lo que respecta a la dependencia o independencia, el 53% es independiente en las actividades; un 80% es independiente en actividades de baño, vestido, uso de servicio, continencia, alimentación y movilidad. En cuanto al riesgo de caídas se encontró que el 47% sufre un riesgo moderado. Concluyó por lo tanto, que el riesgo de caída aumenta con la edad.

Salazar (2017) realizó la investigación titulada “Evaluación de la capacidad funcional y sus factores asociados en los adultos mayores en el Centro de Día San José, de la Ciudad de Loja” donde se planteó como objetivo el de determinar la capacidad funcional y sus factores asociados; el trabajo contó con la siguiente metodología, fue un estudio descriptivo, cuantitativo, transversal, conformado por una población total de 70 gerontes, se usó el Test de Katz y para obtener datos los generales se utilizó un cuestionario. Resultando los siguientes datos de la población encuestada, un 67% de adultos mayores presentaron distintos grados de incapacidad, la incapacidad leve con un 7%, se obtuvo también en los que respecta a incapacidad severa y moderada porcentajes de 23% y 37% respectivamente. Por otro lado de los encuestados de 80 años a más, principalmente en los varones se evidencia un mayor riesgo de dependencia, 73%. Concluyó que la reducción en la capacidad funcional de los gerontes está relacionada en gran medida con los años acumulados (edad de la persona).

Antecedentes Nacionales

Rosendo (2019) realizó la investigación “riesgo de caídas y capacidad funcional en ancianos hospitalizados en el servicio de medicina y emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – Essalud, 2019”, teniendo como objetivo el de determinar

la relación entre el riesgo de caídas y la capacidad funcional en los ancianos hospitalizados. La metodología que se utilizó fue cuantitativa, descriptiva, no experimental y transversal. La población total con la que se trabajó fue de 156 ancianos. Utilizando como técnicas para recolectar la información a la entrevista y la observación; recopilando los datos mediante instrumentos estandarizados (escala J.H DOWNTON y el índice de BARTHEL). Obteniéndose como resultados que se dio un predominio de varones representado por un 64,7%. En cuanto a las caídas, el riesgo fue alto con un 98.1% y bajo con un 1.9%. Por otra parte en lo que respecta a la capacidad funcional presentaron dependencia severa, moderada, total y escasa, representado por los siguientes porcentajes 56.4%, 28.8%, 10.9% y el 3.8%, respectivamente. Gracias a los datos obtenidos se llegó a la siguiente conclusión: se evidencia el predominio de la dependencia severa y moderada; con un elevado riesgo de caída, primando los varones sobre las mujeres en lo que respecta al sexo.

Meléndez (2019) realizó la investigación “riesgo de caída en el adulto mayor que acude al centro de salud geriátrico Taytawasi en Villa María del Triunfo, Lima 2019” con la finalidad de establecer el riesgo de caída en el adulto mayor que acude al Centro de Salud Geriátrico Taytawasi. Su metodología fue de enfoque cuantitativo, descriptivo, corte transversal y no experimental; 311 adultos mayores fue su población total, con una muestra elegida de 100 pacientes elegidos según criterios de establecidos por el investigador. Hizo uso de un instrumento estandarizado (la escala de Tinetti). Según los análisis de los resultados, no hay riesgo de caída en el adulto mayor representado por un 29%, un riesgo medio de caídas es del 34% y alto riesgo de caída del 37%. Teniendo en cuenta el sexo de los adultos mayores, el 83% fue sexo femenino y 17% masculino. La edad de mayor riesgo fue de 71-80 años con 45%. Llegando a la conclusión de que en

general existe alto y mediano riesgo de caída en los ancianos del Centro de Salud antes mencionado.

Seminario (2018) realizó la investigación “capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores del centro integral de atención al adulto mayor Chulucanas, 2018” con la finalidad de establecer la relación entre capacidad funcional y riesgo de caídas en los ancianos del Centro mencionado con anterioridad. Su metodología fue un estudio correlacional, transversal, tuvo como población una totalidad de 110 ancianos; haciendo uso de instrumentos validados, entre ellos encontrándose el índice de Barthel; y de igual forma una ficha para recopilar los datos sociales y demográficos. Obteniéndose los siguientes resultados: la relación entre capacidad funcional y riesgo de caídas es significativa con un $p < 0.001$. Por otro lado encontró también que un 44,5% tiene dependencia moderada y 53,6% no tiene riesgo de sufrir caídas o es leve. Concluyendo por lo tanto que la capacidad funcional se relaciona con el riesgo de sufrir caídas en los ancianos de la muestra, de manera altamente significativa. Se podría decir por lo tanto que la relación entre ambas variables es inversamente proporcional, al hallarse que si se disminuye la capacidad funcional, aumentará el riesgo de sufrir caídas.

Abrego y Ruiz (2018) realizaron la investigación “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” con la finalidad de establecer una relación entre capacidad funcional y riesgo de caídas en ancianos atendidos en el Centro de Atención mencionado anteriormente. Usando una metodología cuantitativa, correlacional; la población sometida a estudio constó de 100 ancianos y la técnica que facilitó su recolección de datos fue mediante el uso cuestionarios, como el Índice de Barthel y la escala de J.H Downton. Obteniendo como resultados los descritos a continuación: el 63%, representado por 63 encuestados, tiene

ligera dependencia y el 21%, representado por 21 encuestados, tienen una moderada dependencia en lo que son las actividades básicas del diario vivir; de los que se encontró una ligera dependencia el 50.7%, 35 encuestados, presentaron también un elevado riesgo de caídas y en cuanto a los que tiene una moderada dependencia solo el 27.5%, 19 encuestados, presentaron alto riesgo en caídas. En base a la información obtenida llegaron a la conclusión de que existe relación entre sus variables planteadas y también que las áreas más afectadas son aquellas donde se emplea la movilidad.

Bada (2018) realizó la investigación titulada “Asociación del riesgo de caídas según el sexo en el adulto mayor atendido en un Hospital de Lima”, su objetivo fue el de determinar la asociación del riesgo de caídas según sexo en ancianos del Centro Médico Naval del Perú. La metodología que usó fue cuantitativa, observacional y de corte transversal, su población global estuvo conformada por 1897 ancianos, tanto varón como mujer. En sus resultados obtuvo que sobre la prevalencia de riesgo de caída, el 19.8% se da en el sexo masculino, y en el sexo femenino se presentó en un porcentaje de 15.7%. Llegó a la conclusión que en la población estudiada, los varones tienen una mayor posibilidad de sufrir caídas que las gerontes del sexo femenino.

Meza (2017) realizó la investigación titulada “Capacidad funcional para desarrollar actividades de la vida diaria, según edad y sexo en adultos mayores que acuden a un centro de atención al adulto mayor. Villa María del Triunfo – 2016” con la finalidad de determinar dicha capacidad. Utilizó la metodología cuantitativa, descriptiva, transversal y aplicativa; 148 personas mayores de 60 años fue el tamaño de muestra con el que trabajó. Hizo uso de los instrumentos del índice de Barthel y Lawton y Brody. Obteniéndose en lo referente a la capacidad funcional de los ancianos una dependencia leve representada con un porcentaje de 57% para las actividades básicas y 77% para las instrumentales. En lo que respecta a las actividades básicas según edad, se encontró que

de 80 años a más es el subgrupo que tiene mayor dependencia representado con un 68.7%; en cuanto al sexo el 78.4% representa a las mujeres con una mayor dependencia. Concluyendo así, de la población estudiada, que en su mayoría se encuentra una dependencia leve, subgrupo de 80 a más años y especialmente en mujeres.

Antecedentes Locales

Ramirez (2018) realizó la investigación “algunos síndromes geriátricos y la capacidad funcional del adulto mayor, Centro Poblado Primavera, 2017”, su objetivo fue el de determinar la asociación de algunos síndromes geriátricos y la capacidad funcional del adulto mayor del Centro Poblado Primavera. La metodología que utilizó fue cuantitativa, no experimental, correlacional, la población a intervenir estuvo conformada en su totalidad por 55 adultos mayores, con un muestreo no probabilístico por criterio del investigador, a la población mencionada se les aplicó instrumentos estandarizados, entre ellos el test Barthel. Obtuvo los resultados descritos a continuación: sobre la independencia en las actividades básicas del diario vivir, del 98.18%, en solo el 38.2% se evidenció una independencia en la capacidad funcional y por otro lado el 21.8% presentó una moderada dependencia. Los síndromes geriátricos que mostraron asociación directa con la capacidad funcional es el deterioro cognitivo y las actividades básicas de la vida diaria; los síndromes geriátricos y la capacidad funcional no mostraron asociación significativa ($V < 0.5$)

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Base teórica de la primera variable

Virginia Henderson consideró al paciente como un ser que necesitaba apoyo para lograr llegar a una independencia con una plena integridad y unificación total de la mente y del cuerpo. La función específica de la enfermera es la de brindar ayuda empática a la

persona, no solo cuando esta esté enferma si no también cuando esté sana, para que pueda realizar acciones que mejoren su salud, la mantengan o la recuperen, que de tener fuerza, voluntad o conocimientos el paciente lo realizaría sin requerir la ayuda de alguien más; el cuidado que brinde la enfermera debe ser de tal forma que ayude a la persona a adquirir independencia prontamente. Afirmó también que la función de la enfermera es una recopilación de múltiples influencias, por eso aseveró que la enfermera trabaja en interdependencia no solo con otros profesionales sanitarios, si no también con el paciente. También desarrollo el concepto de independencia, definido como el estado en el que se encuentra una persona capaz de satisfacer sus necesidades de acuerdo a su etapa de vida. Planteó 14 requerimientos básicos que el ser humano debe cumplir, y dijo que el cuidado enfermero debe estar basado en ellas; por ende el ser humano debe respirar con normalidad, comer y beber según sus requerimientos, eliminar los desechos corporales, realizar actividad física y mantener posturas adecuadas, dormir y reposar, tener ropa adecuada teniendo en cuenta las estaciones, mantener temperatura corporal, asearse y mantenerse limpio brindando protección para su piel, eludir situaciones peligrosas asociadas con el entorno y evitar dañar a otros, comunicarse, profesar su fe, trabajar para sentirse realizado, realizar actividades de recreación, aprender y satisfacer su curiosidad (Raile & Marriner, 2011).

Si bien todas estas necesidades van evolucionando y cambian acorde el ser humano va madurando, al llegar al envejecimiento, etapa de decaimiento de las funciones del cuerpo y de la mente; se hace más notorio que los adultos mayores aumentan su necesidad de cuidado y apoyo en la realización de actividades básicas para vivir con normalidad y lograr independencia.

Marco conceptual

Persona adulta mayor

El adulto mayor también llamado persona de la tercera edad, es todo aquel con edad que supere los 60 años (Organización de los Estados Americanos, 2015), esta etapa es también llamada la del envejecimiento o vejez, están clasificado como un grupo vulnerable, principalmente por encontrarnos en una sociedad que ha perdido el respeto, que se da más aun cuando estos sufren una disminución en su capacidad de independencia (Peña, 2005). Para definir la calidad de vida de un individuo que pasa por esta etapa se deben tener en cuenta la capacidad que tiene para mantener su independencia y funcionamiento (Baca, 2013).

La Organización Mundial de la Salud encasilla a los individuos según los siguientes grupos de edades; de 60 a 74 años como personas de edad avanzada, de 75 a 90 catalogados como viejos o ancianos y aquellos mayores de 90 son llamados longevos (Quintanar, 2010).

El envejecimiento

Las personas envejecen de formas muy variadas, estas dependen de múltiples situaciones como son: las experiencias acumuladas, eventos trascendentales y cambios afrontados a lo largo de sus vidas, en otras palabras, implica una serie de sucesos tanto de desarrollo y como de deterioro (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

El envejecimiento humano abarca un proceso multidimensional, caracterizado por ser heterogéneo, propio del individuo y de carácter irreversible; si bien se inicia desde la fecundación, va sufriendo cambios a lo largo de vida y terminando con el fallecimiento de la persona; la variación en las personas que envejecen se da gracias a múltiples factores como son: las experiencias acumuladas, los eventos trascendentales y los cambios

afrontados a lo largo de sus vidas, en otras palabras, implica una serie de sucesos tanto de desarrollo y como de deterioro. Por ello, podemos decir que es un proceso complejo donde el individuo sufre alteraciones no solo biológicas si no también psicológicas después de la edad madura, desarrollándose en un medio social, ya que se ve expuesto continuamente con la vida social, económica, cultural y ambiental, del medio donde vive y en donde se desenvuelve, durante el transcurso de la totalidad de su vida. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). No se ve limitada solo a la decadencia de las estructuras fisiológicas y a las repercusiones en el funcionamiento, abarca también aspectos como patologías previas, limitando también la actividad social disminuyendo el envejecimiento activo en las etapas avanzadas de la vida (Penny & Melgar, 2012).

Cambios durante el envejecimiento:

Dentro de los cambios más resaltantes que se sufren con la edad más importantes en cuanto a su fisiología y funcionabilidad son: en el ámbito cardiovascular se muestra un notorio envejecimiento de vasos sanguíneos y corazón, relacionado a la disminución de miocitos y la repercusión es que genera una menor capacidad de distensibilidad. El riñón disminuye su velocidad de filtración glomerular principalmente. El volumen de la masa encefálica se ve disminuida, se da también una menor actividad neuronal en cuanto a enfoque y rapidez, llevando como consecuencia una menor capacidad de atención, memoria y también algunos trastornos en los movimientos. El porcentaje de masa muscular se ve notablemente disminuida, esto está ampliamente asociado a la disminución progresiva de la fuerza y un aumento notorio de la acumulación de la grasa que se encuentra alrededor de los órganos, también llamada grasa visceral (Saleh, Jara, & Michea, 2012).

De igual manera se dan déficits en el área sensorial como son: el auditivo, uno de los más comunes en este grupo etario en un 90% en personas de 80 a más años; en cuanto

a lo visual se da un déficit directamente proporcional con la edad; en el olfato y el gusto también se ven disminuidas su capacidad no solo para identificar olores, sino también para distinguirlos, 75% de los mayores de 80 años se ven afectados (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2013).

Todos los cambios mencionados con anterioridad generan una dependencia funcional en distinta medida generalmente en cuanto a las actividades que debe realizar una persona en su vivir diario y por ende se ven ligados ampliamente con el riesgo de ocurrencia de caídas que puedan sufrir.

Riesgo de caídas:

Es la probabilidad de que se genere una caída debido a factores que lo potencien o lo mermen, las caídas son sucesos que se dan de manera fortuita que al generar desequilibrio propicia el cuerpo de la persona hacia el suelo o hacia una superficie cercana; el riesgo de sufrir una caída tiene una relación directamente proporcional con la edad de la persona, pero por otro lado difiere según el sexo resaltando que en los varones las caídas mortales aumentan, en comparación con las mujeres que sufren en su mayoría más caídas no mortales (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Factores del riesgo de las caídas

En cuanto a los factores que influyen en el riesgo de caídas, encontramos que estos pueden ser de carácter intrínsecos y extrínsecos; en cuanto a los factores propios de la persona se encuentran: las caídas previas, edad mayor de 80 años, disminución en la movilidad, enfermedades de carácter neurológico, músculo esquelético, déficits en los sentidos, alteraciones cognitivas, uso de fármacos que alteren en sistema nervioso central u otros, polifarmacia; y en lo referente a factores extrínsecos: la iluminación, característica de los sueños, ambiente carente de seguridad, principalmente en la ausencia

de barandillas ya sea en camas, pasillos, escaleras o en baños, aquí se encuentra también el mobiliario en mal estado, alfombras, calzado inadecuado y un ambiente desordenado (Servicio Madrileño de Salud, 2012).

Consecuencias de las caídas:

Las secuelas que se pueden dar luego de sufrir una caída pueden ser físicas, psicológicas, sociales y económicas. Dentro de la dimensión física encontramos una amplia variedad de daños como hematomas, heridas, desgarros, contusiones y traumatismos no solo a nivel encefálico si no también torácico y abdominal; en lo que respecta a las consecuencias psicológicas encontramos al llamado síndrome pos caída que genera cambios en el actuar diario y normal de la persona por miedo a volver a caer; en cuanto a lo socioeconómico se da un aumento en el ingreso tanto en entidades hospitalarias como en instituciones geriátricas, no solo viéndose como un gasto sanitario si no también se genera un aumento en la necesidad de cuidados (Quintar & Giber, 2014).

Escala de J.H. Downton

Actualmente la escala de caídas creada por Jhon H. Downton en 1993, es utilizada en todos los hospitales ya que sirve como un estándar de calidad de atención; gracias a los datos que brinda también contribuye en la disminución en incidencia de caídas. La aplicación de dicha escala es de gran ayuda para establecer el riesgo de caída en los adultos mayores (Castillo & Vallejo, 2017), debido a que ya está validada, recoge algunos elementos o factores de principal incidencia, al ser de aplicación fácil se puede utilizar en distintas poblaciones (Vega, Herrera, & Carreras, 2017).

Dentro de los aspectos que evalúa la Escala de Downton, encontramos 5 dimensiones:

Caídas previas, específicamente el número de caídas sufridas en el último año, puntuándose con 0 de no haberse producido ninguno y con 1 de haberse producido de 1 a más caídas.

Uso de fármacos, en los adultos mayores el uso de fármacos es común, el 80% recibe por lo menos 1 fármaco y el 60 entre 2 o más (Quiñonez, 2016), puntuándose de igual manera con 0 de no hacer uso de ningún medicamento y con 1 si es que hace uso de 1 o más. Los fármacos considerados dentro de la escala son: tranquilizantes-sedantes, diuréticos, hipotensores, antiparkinsonianos y antidepresivos actúan principalmente sobre el sistema nervioso central generando una disminución en el estado de alerta y la irrigación sanguínea a nivel cerebral, este último se da especialmente por los medicamentos hipotensores. (Garay & Nicoll, 2016)

Déficits sensoriales, se consideran aquí a las alteraciones visuales y auditivas.

Estado mental, aquí orientado puntuándolo con 0 y confuso con 1

Deambulación: referido a la manera en la que la persona camina, puntuando con 0 si la marcha es realizada de forma segura o activa que es lo normal (Gazitúa, 2007) y con 1 si es segura con ayuda, haciendo uso de bastones, andadores, entre otros; insegura con o sin la necesidad de ayuda y de igual manera a la imposibilidad en el desplazamiento.

La interpretación del puntaje obtenido se dividirá en 3; de 0 a 1, de 2 a 3 y por último mayor a 3, clasificándose en un bajo, mediano y alto riesgo de caídas.

2.2.2. Base teórica de la segunda variable

Teoría del déficit del autocuidado de Dorotea E. Orem, unifica 3 teorías: la teoría de autocuidado, que explica por qué y de qué manera los individuos cuidan de ellos mismos; la teoría de déficit de autocuidado, donde se explica de qué manera la enfermera

puede brindar asistencia a la persona, y por último la teoría de los sistemas de enfermería, que describe, aclara y establece los vínculos que hay que mantener tomando en cuenta ciertas circunstancias.

Define también los metaparadigmas de persona, enfermería, entorno y salud de la siguiente manera: En cuanto a persona, nos dice que es un ente biológico, que piensa haciendo uso de la razón; en lo que respecta a enfermería, define los cuidados de esta como la acción de encaminar al individuo para llevar a cabo y realizar acciones de autocuidado para conservar una vida saludable, o para sobreponerse de la enfermedad y afrontar las secuelas; al entorno lo define como todos aquellos factores que se relacionan e influyen en la persona, estos pueden ser físicos, químicos, biológicos y sociales; por último define salud como un estado de ausencia de enfermedad. (Vega & Gonzales, 2017)

Estableció principales conceptos de los que habla en su teoría: autocuidado, es la práctica de actividades en busca de mantener un funcionamiento sano, que permite el desarrollo y bienestar de la persona, encaminados por la persona hacia él o hacia su entorno. Los requisitos del autocuidado, son los motivos por los que se emplea el autocuidado y existen 3 tipos (universales, del desarrollo, y de desviación de la salud), los requerimientos del autocuidado universales son 8, mantener una oxigenación adecuada, alimentarse, hidratarse, previsión del cuidado asociada con el proceso de eliminación, los equilibrios entre actividad y descanso, establecer relaciones sociales y soledad; prevención de peligros, el funcionamiento y el desarrollo del individuo y por último el desarrollo acorde con el potencial. El déficit del autocuidado, se da cuando la demanda de cuidados supera a las capacidades del individuo para poder realizarlas en su totalidad o parcialmente. El sistema de enfermería, señala la manera en que la enfermería contribuirá buscando superar la diferencia de estas, buscando que el individuo recupere

su autocuidado teniendo en cuenta sus capacidades sobre atención, aprendizaje, razonamiento, toma de decisiones y efectuar acciones de autocuidado en las actividades de la vida diaria; existen 3 tipos de sistemas: totalmente compensador, aquí la enfermera suplente al individuo; parcialmente compensador, proporciona actividades de autocuidado que el paciente no puede ejecutar por distintas limitaciones, ya sean a causa de su estado de salud o por otros motivos diversos, pero debemos tener en cuenta que la persona aún participa de su autocuidado; en el de apoyo-educación: la enfermera brinda ayuda o motivación a las personas, para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado que sean necesarias para su vivir diario. Los requisitos de cuidado enfermero son los siguientes: universales, son los que necesitan todos los individuos para un funcionamiento óptimo; cuidados personales del desarrollo, surgen en base a cada etapa de vida de la persona o aquellas que afecten su desarrollo como la pérdida de un ser querido; cuidados personales de los trastornos de la salud, estos son aquellos que se derivan de los traumatismos, enfermedades crónicas o tratamientos, toman en cuenta los sistemas de compensación total al requerirse completa ayuda, se dice que la ayuda será parcial cuando se requiera ayuda solo en las actividades terapéuticas y de apoyo en el ámbito educativo, cuando el paciente pueda aprender a cuidarse con instrucciones pero necesitando cierto grado de apoyo emocional (Raile & Marriner, 2011).

Es importante tener en cuenta sobre la teoría de Orem que mediante la educación buscó promocionar y mantener la salud, además también estableció que el profesional de enfermería debe saber definir cuando el paciente requiera cuidados o apoyo para realizar su propio autocuidado, también sirve como base para los profesionales que se dedican a la investigación ya que brinda sustento teórico, metodológico y práctico (Navarro & Castro, 2010).

Marco conceptual

Capacidad funcional:

La capacidad funcional o funcionalidad comprende cualidades que permiten a una persona realizar actividades que satisfagan sus necesidades. Abarcando 3 componentes, los cuales son la capacidad intrínseca de la persona, el entorno y las interacciones entre la persona y su entorno. En cuanto a la capacidad intrínseca, nos referimos a ella como las aptitudes tanto físicas y mentales con las que cuenta el geronte, definimos al entorno como el lugar donde se va a desarrollar dicha persona y va a realizar sus actividades. Las interrelaciones con el medio están ampliamente ligadas a las características personales, estas pueden ser fijas como el sexo o variables como la ocupación o la riqueza, teniendo gran importancia ya que nacemos y nos desarrollamos en un medio social (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Dentro de la valoración de la capacidad funcional se evaluará las facultades de la persona para realizar actividades cotidianas, es decir todas aquellas actividades realizadas con normalidad en su día a día de manera independiente (Abrego & Ruiz, 2018) para poder dicha capacidad de los ancianos nos centraremos principalmente en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Las actividades básicas del vivir diario son de carácter universal, ampliamente relacionadas con la condición humana, las necesidades básicas para sobrevivir, enfocadas en sí mismo y deducir un esfuerzo cognitivo ínfimo, se inicia con estas acciones de manera temprana, aproximadamente a los 6 años de edad, con la finalidad de que la persona sea independiente en su cuidado. Normalmente las actividades que abarcan las ABVD incluyen acciones esenciales para vivir como lo son: la alimentación, el aseo, baño, vestido, movilidad personal, sueño y descanso. Debemos tener en consideración que estas muchas veces se ven influenciadas por la cultura en la que se ve envuelto y se desarrolla el adulto mayor (Romero D. , 2007).

Índice de Barthel:

Es una herramienta usada de manera amplia para la recolección de información en cuanto a la dependencia, ya que este determina la capacidad que tiene una persona para realizar 10 actividades básicas del diario vivir, obteniéndose una valoración cuantitativa de su nivel de dependencia. Se ha implementado la utilización de este índice desde que fue propuesto en 1955; ya que es de fácil aplicación, es válido y fiable; la interpretación de los datos obtenidos es sencilla y no genera molestias al realizarse su aplicación. Adaptándose inmediatamente a diferentes ámbitos culturales (Rufaza & Moreno, 1997).

Las actividades evaluadas son: alimentación, traslado de la cama al sillón, pulcritud del geronte o también denominado aseo personal, ducharse, usar del retrete, deambulación, subir y bajar escalones, capacidad para vestirse y por último tanto la continencia fecal como la urinaria.

La clasificación ya establecida de los puntajes es la siguiente: <20 puntos es catalogado como una total dependencia, de 20 a 35 puntos una severa dependencia, de 40 a 55 puntos una moderada dependencia, entre 60 a 95 puntos una leve dependencia y 100 puntos considerado como independencia.

2.3. Definiciones conceptuales

Adulto mayor: todo aquel ser humano con una edad que supere los 60 años (Organización de los Estados Americanos, 2015).

Geronte: este vocablo es usado para para referirse a seres humanos de la tercera edad o también llamados ancianos, en cierta medida también relacionado con los jubilados; el vocablo griego geron significa anciano. Esta palabra es poco usada en términos coloquiales y/o informales. (Bembibre, 2011).

Riesgo: definido como la probabilidad próxima de ocurrirse un daño (Real Academia Española, 2019).

Caídas: sucesos que se dan de manera fortuita generando desequilibrio de tal modo que se propicie el cuerpo de la persona hacia el suelo o hacia una superficie cercana (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Riesgo de caídas: probabilidad de que se genere una caída debido a factores que lo potencien o lo mermen.

Capacidad: destreza de una persona para ejecutar ciertas actividades.

Capacidad Funcional: comprende cualidades que permiten a una persona realizar actividades que satisfagan sus necesidades. Compuesto por tres componentes: la capacidad intrínseca, el entorno y las interacciones entre la persona y su entorno (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Dependencia: es la situación o situaciones en la que una persona necesita la ayuda o apoyo de otra para la realización de determinadas actividades (Academia Nacional de Medicina, 2014).

Independencia: capacidad de realizar las actividad relacionadas con el vivir diario, recibiendo una ayuda mínima o ninguna ayuda (Raile & Marriner, 2011).

2.4. Formulación de la Hipótesis

2.4.1. Hipótesis General

La relación entre el riesgo de caídas y la capacidad funcional es significativa en adultos mayores del Centro poblado Primavera, 2020.

2.4.2. Hipótesis Específicas

- H₀ No hay relación entre el riesgo de caídas y la capacidad funcional en adultos mayores del Centro Poblado Primavera, 2020.
- H₁ Si hay relación entre el riesgo de caídas y la capacidad funcional en adultos mayores del Centro Poblado Primavera, 2020.

Capítulo III

METODOLOGIA

3.1. Diseño Metodológico

3.1.1. Tipo de investigación

Transversal, se dice así ya que la totalidad variables fueron medidas en una sola oportunidad y estudiadas en un momento determinado (Veiga, Fuente, & Zimmermann, 2008).

3.1.2. Nivel de investigación

Fue de segundo nivel, en este nivel se sitúan los estudios correlacionales, denominados así porque permiten observar y describir el fenómeno en situaciones reales, midiéndose de forma independiente variable por variable y a su vez también busca su relación (Veiga, Fuente, & Zimmermann, 2008).

3.1.3. Diseño

Fue no experimental, debido a que no se manipuló las variables de la investigación.

3.1.4. Enfoque

Cuantitativo, ya que se empleó datos numéricos para obtener información de una realidad observable, medible y que se visualizó de manera precisa (Quintero, 2006)

3.2. Población y Muestra

El estudio se hizo efectivo en el centro poblado de Primavera ubicado dentro del Distrito de Végueta, en la provincia de Huaura, al norte del departamento de Lima. El relieve de dicho centro poblado es ondulado, no cuenta con pistas asfaltadas, las viviendas son informales; solo cuentan con un puesto de salud que atiende emergencias menores

(Romero C. , 2012); los pobladores del distrito de Végueta son agricultores y pescadores artesanales (De los santos, 2014)

La población fue conformada por 50 adultos mayores del Centro Poblado Primavera, que aceptaron participar de la investigación teniendo en consideración los criterios de selección.

Unidad de análisis: Adultos mayores

a) Criterios de inclusión:

Adulto de 60 años a más, que viva en el centro poblado de Primavera.

Adultos mayores en uso de sus facultades cognitivas.

Adultos mayores que acepten participar en la investigación.

b) Criterios de exclusión

Adulto menor de 60 años que viva en el centro poblado de Primavera.

Adulto mayor con deterioro cognitivo.

Adulto mayor que no acepte participar en la investigación.

3.3.Operacionalización de variables e indicadores

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA DE VALORACIÓN
VARIABLE DEPENDIENTE RIESGO DE CAÍDAS	Es la probabilidad de que se genere una caída debido a factores que lo potencien o lo mermen	Posibilidad de que ocurra una caída en el adulto mayor debido a factores tanto intrínsecos o extrínsecos	Caídas previas	No Sí	0 1	Bajo riesgo: 0 – 1 puntos Mediano riesgo: 2 – 3 puntos Alto riesgo: mayor a 3 puntos
			Fármacos	Ninguno Tranquilizantes-sedantes, diuréticos, hipotensores, antiparkinsonianos, antidepresivos y otros	0 1	
			Déficits sensoriales	Ninguno Alteraciones visuales, auditivas, extremidades (ictus)	0 1	
			Estado mental	Orientado Confuso	0 1	
			Marcha	Normal Segura con ayuda, inestable con ayuda o sin ayuda, imposible	0 1	
VARIABLE INDEPENDIENTE CAPACIDAD FUNCIONAL	Son las cualidades o habilidades que permiten a una persona realizar actividades que satisfagan sus necesidades. Compuesto por tres componentes: la	Conjunto de habilidades del adulto mayor que permiten la satisfacción de necesidades.	Comer	Incapaz Requiere ayuda Independiente	0 5 10	Puntuación total de 100 puntos, 90 si está en silla de ruedas. Independiente: 100 puntos
			Bañarse/ ducharse	Dependiente Independiente	0 5	
			Aseo personal	Requiere ayuda Independiente	0 5	
			Vestirse/desvestirse	Dependiente Requiere ayuda Independiente	0 5 10	

capacidad intrínseca, el entorno y las interacciones entre la persona y su entorno.	Control de esfínter anal	Incontinencia – estreñimiento Accidentes ocasional Continencia	0 5 10	Leve dependencia: > o igual a 60 puntos Moderada dependencia: 40 – 55 puntos Grave dependencia: 20 – 35 puntos Total dependencia: < 20 puntos
	Control vesical	Incontinencia Accidentes ocasional Continencia	0 5 10	
	Manejo del retrete	Dependiente Necesita ayuda Independiente	0 5 10	
	Desplazamiento	Dependiente Necesita ayuda Independiente	0 5 10	
	Desplazamiento silla/cama	Incapaz Requiere ayuda Requiere algo de ayuda Independiente	0 5 10 15	
	Trasladarse	Inmóvil Independiente en silla de ruedas Camina con ayuda de una persona Independiente	0 5 10 15	
	Subir y bajar escalones	Incapaz Requiere ayuda Independiente	0 5 10	

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.4.1. Técnicas a emplear

Para la recolección de datos, se utilizó como técnica la encuesta y el instrumento fue el cuestionario, conformado por de 3 partes.

3.4.2. Descripción de los instrumentos

Se dio inicio con la presentación, seguido de los datos sociodemográficos del adulto mayor, finalizando con dos encuestas, una sobre el riesgo de caídas y la otra sobre la capacidad funcional.

Para evaluar el riesgo de caídas en el adulto mayor se hizo mediante un cuestionario, el ya validado instrumento de J.H. Downton 1993, con un grado de confiabilidad de 0,88; abarca 5 aspectos: caídas previas (2 ítems), fármacos (7 ítems), déficits sensoriales (4 ítems), estado mental (2 ítems) y marcha (3 ítems); asignándose puntuaciones de 0 y 1 puntos; la interpretación del puntaje total se divide en 3; de 0 a 1, de 2 a 3 y por último mayor a 3, clasificándose en un bajo, mediano y alto riesgo de caídas (Abrego & Ruiz, 2018).

Y para finalizar se evaluó la capacidad funcional del adulto mayor por medio del índice de Barthel, creado por Mahoney y Barthel en 1955 y publicado 10 años más tarde, con una confiabilidad de 0,98; este abarca 10 aspectos en base a las actividades del diario vivir: comer (3 ítems), bañarse(2 ítems), aseo personal (2 ítems), vestirse (3 ítems), control de esfínter anal (3 ítems) y vesical (3 ítems), manejo del retrete (3 ítems), desplazamiento de la silla a la cama (4 ítems), trasladarse (4 ítems) y subir y bajar escalones(3 ítems), con puntuaciones ya establecidas; se obtiene un puntaje total de 100 puntos o 90 de estar en silla de ruedas, se clasifica en base al puntaje total obtenido, dividido en los siguientes rangos: de 100 puntos, mayor o igual a 60 puntos, entre 40 -55

puntos, de 20 a 35 puntos y una puntuación menor a 20; clasificado en independiente, leve dependencia, moderada dependencia, grave dependencia y una total dependencia, respectivamente (Rufaza & Moreno, 1997).

3.5. Técnicas para el procesamiento de la información

Los datos obtenidos fueron codificados mediante un libro de códigos, para luego ser digitados en Excel y trasladados IBM SPSS 25.0 para procesar y analizar la información. Mediante la estadística descriptiva se describió las variables y mediante la prueba de chi cuadrado se determinó la relación. La información fue presentada en tablas de uno o doble entrada cada uno con sus gráficos.

Capítulo IV

RESULTADOS

Tabla 1.

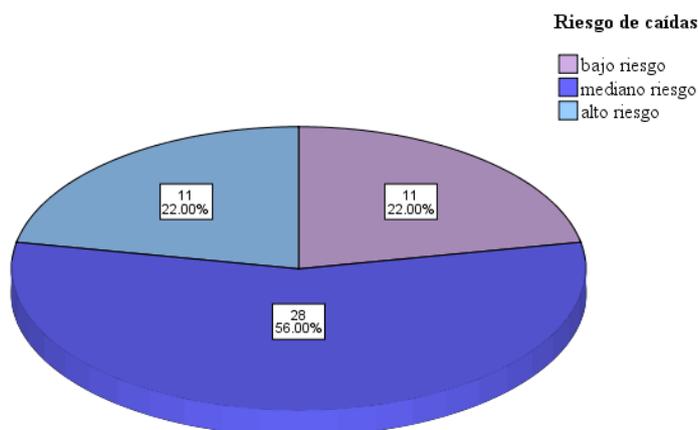
Riesgo de caídas en adultos mayores

Riesgo de caídas	N	%
Bajo riesgo	11	22%
Mediano riesgo	28	56%
Alto riesgo	11	22%
Total	50	100%

Nota. Escala de Jhon H. Downton, 1993

Fuente. Encuesta realizada por la Bach. Pérez Valenzuela a los adultos mayores del centro poblado Primavera

Figura 1. Riesgo de caídas



Nota. Escala de Jhon H. Downton, 1993

Fuente. Encuesta realizada por la Bach. Pérez Valenzuela a los adultos mayores del centro poblado Primavera

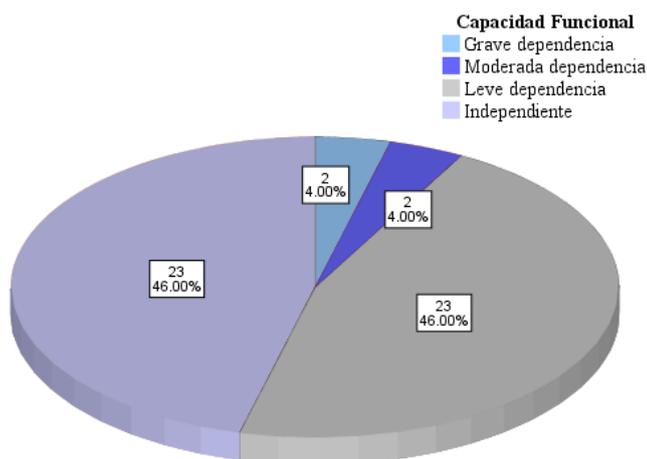
Tanto en la tabla como en la figura 2 se puede observar que del 100% (50) de los adultos mayores que participaron del estudio, sobre riesgo de caídas se halló que el 56% (28 adultos mayores) tiene un mediano riesgo, el 22% (11 adultos mayores) un bajo riesgo de igual manera un alto riesgo.

Tabla 2.*Capacidad funcional en adultos mayores*

Capacidad Funcional	N	%
Grave dependencia	2	4%
Moderada dependencia	2	4%
Leve dependencia	23	46%
Independiente	23	46%
Total	50	100%

Nota. Índice de Barthel, 1955

Fuente. Encuesta realizada por la Bach. Pérez Valenzuela a los adultos mayores del centro poblado Primavera

Figura 2. Capacidad funcional en adultos mayores

Nota. Índice de Barthel, 1955

Fuente. Encuesta realizada por la Bach. Pérez Valenzuela a los adultos mayores del centro poblado Primavera

Tanto en la tabla como en la figura 2 se observa, sobre la capacidad funcional de los adultos mayores, en lo que respecta a independencia y leve dependencia el porcentaje que los representa es de 46% (23 adultos mayores), por otro lado, encontramos que la grave dependencia y moderada dependencia es representada por un porcentaje de 4% para cada una.

Tabla 3.*Relación entre capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores*

Capacidad funcional		Riesgo de caídas			Total
		Bajo riesgo	Mediano riesgo	Alto riesgo	
Grave dependencia	N	0	1	1	2
	%	0%	2%	2%	4%
Moderada dependencia	N	0	0	2	2
	%	0%	0%	4%	4%
Leve dependencia	N	1	14	8	23
	%	2%	28%	16%	46%
Independiente	N	10	13	0	23
	%	20%	26%	0%	46%
Total	N	11	28	11	50
	%	22%	56%	22%	100%

Nota. Escala de Jhon H. Downton en 1993 e Índice de Barthel 1955

Fuente.

En la tabla 3 del total de adultos mayores encuestados 100% (50), los porcentajes más resaltantes en cuanto a la relación que se da entre las dos variables es del 28% con un mediano riesgo y una leve dependencia; por otro lado encontramos que solo un 2% tiene un alto riesgo y una grave dependencia. En base al resultado podemos decir que a menor dependencia del adulto mayor menor será el riesgo de caída, presentándose una relación inversamente proporcional entre estas dos variables.

Tabla 4.*Pruebas de Chi-cuadrado*

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	23,204	6	0,001
Razón de verosimilitud	27,758	6	0,00
Asociación lineal por lineal	16,038	1	0,00
N de casos válidos	50		

Nota. Elaboración propia

Chi cuadrado = 23,204 gl = 6, p = 0,001 SIGNIFICATIVO

La prueba de hipótesis se dio en base a las hipótesis nula y alterna previamente establecidas; estableciéndose para el nivel de significancia un Error tipo I, donde α es igual a 0,05 (5%), entendido como el error que se cometería al rechazar la hipótesis nula, de ser esta verdadera. La prueba Estadística que se seleccionó es la no paramétrica, Chi cuadrado. Se concluye como decisión estadística que existe relación significativa entre el riesgo de caídas y capacidad funcional en adultos mayores, ya que se obtuvo del Chi cuadrado un $Ji^2 = 23.204$, con $gl=6$, asociado con un valor de probabilidad $P=0,001$; terminándose por rechazar la hipótesis nula ya que el valor de P es menor que α .

Capítulo V

DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Discusión

La discusión de los resultados se da en entorno tanto a las hipótesis formuladas y comprobadas estadísticamente como con el marco teórico e investigaciones previas al presente estudio.

En cuanto a la hipótesis formulada: la hipótesis general del estudio realizado comprobó que existe una relación significativa las variables establecidas.

Para llegar a esa conclusión se contrastó la hipótesis general alterna (H_1) y gracias a los datos ya procesados se estableció dicha relación mediante la Prueba no paramétrica Chi cuadrado=23,204 para un nivel de significancia $\alpha=0,05$; con $gl=6$ y al obtenerse que el p-valor es 0,001, siendo este menor al nivel de significancia: $\alpha = 0.05$ (5%). se demostró de manera precisa la validez de la hipótesis alterna.

En lo que respecta a la discusión de los resultados en relación al marco teórico e investigaciones previas diremos que:

Durante el proceso del envejecimiento la capacidad funcional es afectada ya que disminuye con el paso de los años, se dice también que esta es inversamente proporcional al riesgo de caídas que puede sufrir una persona, en este caso los adultos mayores (Instituto Nacional de Geriatría, 2017); esto concuerda con lo hallado en la presente investigación, donde a medida que disminuye la capacidad funcional aumenta el riesgo de caída; ya que según los resultados obtenidos los pobladores con una leve dependencia y un mediano riesgo de caídas son representados por el 28%, pudiendose apreciar que si nos situamos en una grave dependencia se puede observar que el riesgo de caídas con el

que se relaciona es mediano o alto dejándose de lado al bajo riesgo, de igual forma al situarnos en la capacidad funcional independiente se puede observar que se deja de lado al alto riesgo de caídas, centrándose en el bajo y mediano riesgo (Tabla 3).

En cuanto a las teorías de enfermería que se emplearon para sustentar este trabajo: Virginia Hénderon propone que se debe cumplir con 14 necesidades fundamentalmente, dentro de ellos nos habla de la prevención de peligros del entorno (Raile & Marriner, 2011), podemos tomar el riesgo de caídas como un peligro presente en la población estudiada, ya que se encontró que un 56% fue catalogado con un mediano riesgo de sufrir caídas, debiéndose prevenir. Estableció también que el profesional de enfermería debe saber definir cuando el paciente requiera cuidados o apoyo para realizar su propio autocuidado, (Navarro & Castro, 2010) ahí reside la importancia de la participación del personal sanitario perteneciente al Centro de salud con la población.

Dorothea Orem definió autocuidado como la práctica de actividades en busca de mantener un funcionamiento sano, que permite el desarrollo y bienestar de la persona; este concepto se relaciona ampliamente con la capacidad funcional, ya que está guarda correspondencia con las actividades básicas del diario vivir, en el estudio se observó que un 46% de la población estudiada tenía una leve dependencia. Al no hallarse independencia en la totalidad de la población debemos recordar que Henderson consideró al paciente como un ser que necesitaba apoyo para lograr llegar a la independencia, este apoyo puede ser brindado tanto el personal sanitario como por los familiares y/o cuidadores, buscando que mejoren, mantengan o recuperen su salud o independencia en este caso (Raile & Marriner, 2011).

En esta investigación se obtuvo que, de los adultos mayores encuestados sobre riesgo de caídas, el 56% tiene un mediano riesgo, el 22% un bajo riesgo y de igual manera un alto riesgo. Sobre la capacidad funcional, en lo que respecta a independencia y leve

dependencia, el porcentaje que los representa es de 46%, por otro lado encontramos que la grave dependencia y moderada dependencia es representada por un porcentaje de 4% para ambos de igual manera, y sobre la relación de ambas variables se encontró como porcentaje resaltante un 28% referente a los pobladores con una leve dependencia y un mediano riesgo de caídas. Concordando con Ortega (2019) que obtuvo en su mayoría una dependencia leve con un porcentaje resaltante de 98.7% y en lo que respecta al riesgo de caídas el 40% sin riesgo. De igual forma con Chamorro (2018) quien obtuvo que un 80% es independiente en actividades de baño, vestido, uso de servicio, continencia, alimentación y movilidad y en cuanto al riesgo de caídas el 47% sufre un riesgo moderado. Concordando de igual forma con Seminario (2018) la relación entre capacidad funcional y riesgo de caídas es significativa, encontró también que un 44,5% tiene dependencia moderada y 53,6% no tiene riesgo de sufrir caídas o es leve. Igualmente con Meza (2017) que obtuvo en lo referente a la capacidad funcional de los ancianos, una dependencia leve representada con un porcentaje de 57% para las actividades básicas. Así mismo concordando con Abrego y Ruiz (2018) en cuanto a capacidad funcional, pero discordando sobre el riesgo de caídas ya que el obtuvo que el 63% tiene una ligera dependencia, pero que de ese 63% el 50% tienen un elevado riesgo de caídas. Ramirez (2018) que obtuvo que el 38,2% son independientes y el 21,8% tienen una moderada dependencia concordando hasta este punto con su investigación, pero si bien para él los síndromes geriátricos y la capacidad funcional no mostraron asociación significativa, en el presente estudio se obtuvo que el riesgo de caídas y la capacidad funcional si se relacionan significativamente discordando en este punto y debiendo recordar que las caídas son uno de los importantes síndromes geriátricos (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Por otro lado la investigación realizada por Salazar (2017) adultos mayores presentaron incapacidad severa y moderada con porcentajes de 23% y 37% respectivamente, discordando con la presente investigación donde solo el 4% presentó grave y moderada dependencia. De igual forma discordó con el estudio de Rosendo (2019) ya que él, en cuanto a las caídas obtuvo un riesgo alto con un 98.1% y una dependencia severa 56,4%. De igual forma Meléndez (2019) halló como porcentaje resaltante el de 37% para un alto riesgo de caídas discordando con la presente investigación.

5.2.Conclusiones

Se demostró que en la investigación existe relación significativa entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores de dicho centro poblado, confirmado al someterse a la prueba de hipótesis Chi cuadrado, donde se obtuvo un p-valor de 0.001, se demostró de manera precisa la validez de la hipótesis alterna.

En el adulto mayor en relación al riesgo de caídas se encontró que existe una mayor predominancia del mediano riesgo representado con el 56% (28), Y sobre la capacidad funcional de los adultos mayores del centro poblado de Primavera, se halló independencia o leve dependencia representado por el 46% (23).

5.3.Recomendaciones

A la municipalidad de Végueta, que pongan mayor énfasis en los adultos mayores de su jurisdicción a fin de desarrollar actividades que beneficien la funcionalidad del adulto y su cuidado.

Al centro de salud de Primavera para que en coordinación con la Asociación del Adulto Mayor promuevan actividades que mejoren la capacidad funcional y disminuyan el riesgo de caídas contribuyendo así a fortalecer el envejecimiento saludable de la población.

Al personal de enfermería, debe promover la participación activa del adulto mayor en la Asociación del Adulto Mayor, mediante perifoneos, afiches y volantes a fin de que asistan con regularidad.

Al profesional de salud, concientizar a la población, especialmente a los adultos mayores, familiares y cuidadores, mediante sesiones educativas sobre temas relacionados a la disminución de los riesgos de caídas y como mantener su capacidad funcional contribuyendo así a la calidad de vida de esta población tan vulnerable.

A las instituciones públicas y privadas que brinden mayor importancia a los adultos mayores generando estrategias que contribuyen a disminuir el riesgo de caídas fomentando el envejecimiento saludable.

Como futura profesional de enfermería se recomienda realizar estudios similares en otras poblaciones, ya que sabemos que la población adulta mayor está en expansión y se le debe tener especial consideración al ser una población en riesgo.

Capítulo VI

FUENTES DE INFORMACIÓN

6.1.Fuentes bibliográficas

- Abrego, C., & Ruiz, Z. (2018). *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 Rimac*. Lima: Universidad Privada Norber Wiener. Obtenido de <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2869/TESIS%20Abrego%20Carmen%20-%20Ruiz%20Zoila.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Baca, M. (2013). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: http://www.paho.org/per/images/stories/ftpage/2013/envejecimiento-saludable_baca.pdf
- Bada, A. (2018). *Asociación del riesgo de caídas según el sexo en el adulto mayor atendido en un Hospital de Lima*. Lima: Universidad San Martín de Porres. Obtenido de http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/handle/usmp/3932/bada_das.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Castillo, E., & Vallejo, W. (2017). *Ventajas del uso de la escala de Dowton en adultos*. Manabí: Universidad Técnica de Manabí. Obtenido de <http://repositorio.utm.edu.ec/handle/123456789/1171>
- Chamorro, E. (2018). *Riesgo de caídas en adultos mayores del casco urbano del municipio de Potosí en el departamento de Rivas*. Managua: Universidad

Nacional Autónoma de Nicaragua. Obtenido de
<http://repositorio.unan.edu.ni/12153/>

Meléndez, H. (2019). *Riesgo de caída en el adulto mayor que acude al centro de salud geriátrico Taytawasi en Villa María del Triunfo*. Lima: Universidad Privada

Norbert Wiener. Obtenido de
<http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3230/TESIS%20%20Mel%C3%A9ndez%20Herlith.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Meza, G. (2017). *Capacidad funcional para desarrollar actividades de la vida diaria, según edad y sexo en adultos mayores que acuden a un centro de atención al adulto mayor, Villa María del Triunfo*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Obtenido de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/5892>

Ortega, C. (2019). *Capacidad funcional y riesgo de caídas en pacientes adultos mayores que acuden a la unidad de Medicina Familia No 2 Xochitepec*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Obtenido de <http://132.248.9.195/ptd2019/agosto/0793618/Index.html>

Quintanar, A. (2010). *Análisis de la calidad de vida en adultos mayores del municipio de Tetepango, Hidalgo: a través del instrumento Whoqol-Bref*. Actopan: Universidad Autónoma del estado de Hidalgo. Obtenido de https://www.uaeh.edu.mx/nuestro_alumnado/esc_sup/actopan/licenciatura/Analisis%20de%20la%20calidad%20de%20vida.pdf

Quiñonez, J. (2016). *Riesgos de caídas en los pacientes adultos mayores en el Hospital Geriátrico de la policía San José*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Obtenido de

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/6156/Qui%F1onez_tj.pdf;jsessionid=6563ED0D3154C6F51BFA89623BF4B728?sequence=1

Ramirez, J. (2018). *Algunos síndromes geriátricos y la capacidad funcional del adulto mayor, Centro Poblado Primavera*. Huacho: Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión.

Rosendo, M. (2019). *Riesgo de caídas y capacidad funcional en ancianos hospitalizados en el servicio de medicina y emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen - Essalud, 2019*. Lima: Universidad Norbert Wiener. Obtenido de <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3271/TESIS%20Mera%20Rosendo.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Salazar, M. (2017). *Evaluación de la capacidad funcional y sus factores asociados en los adultos mayores en el Centro de Día San José, de la Ciudad de Loja*. Ecuador: Universidad Nacional de Loja. Obtenido de <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/19457>

Seminario, M. (2018). *Capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos del centro integral de atención al adulto mayor en Chulucanas*. Piura: Universidad Católica Sedes Sapientiae. Obtenido de http://repositorio.ucss.edu.pe/bitstream/handle/UCSS/556/Seminario_Michael_tesis_baciller_FCS_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y

6.2.Fuentes Hemerográficas

Garay, J., & Nicoll, R. (2016). Capítulo 21: introducción a la farmacología del Sistema Nervioso Central. En B. Katzung, *Farmacología básica y clínica* (Treceava ed.,

pág. 12000). Lima: Mc Graw Hill. Obtenido de AccessMedicina:
<https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1832§ionid=126877405>

Gazitúa, R. (Setiembre de 2007). *Publicacionesmedicina*. Obtenido de Publicacionesmedicina:
<http://publicacionesmedicina.uc.cl/ManualSemiologia/120Marcha.htm>

Navarro, Y., & Castro, M. (2010). Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enfermería Global*(19). Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004&fbclid=IwAR3rDVRx35W7LefZNAKQMk23Rb_N8zCo7hDnZTEEn35SbCoRFAUG_hNAqaVY

Penny, E., & Melgar, F. (2012). *Geriatría y gerontología para el médico internista*. Bolivia: La Hoguera. Obtenido de <http://medicinainterna.org.pe/pdf/GERIATRIA%20Y%20GERONTOLOGIA%20PARA%20EL%20MEDICO%20INTERNISTA.pdf>

Quintar, E., & Giber, F. (2014). Las caídas en el adulto mayor: factores de riesgo y consecuencias. *Actualizaciones en osteología*, 278-286. Obtenido de http://www.osteologia.org.ar/files/pdf/rid39_revista_3_2014.pdf#page=55

Quintero, A. (2006). *Diseños de proyectos de investigación cualitativa*. Argentina: Noveduc. Obtenido de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/revistas/co/rev-co-tendencias-0016-21.pdf>

Raile, M., & Marriner, A. (2011). *Modelos y Teorías en Enfermería* (Séptima ed.). Barcelona, España: Elsevier.

- Romero, C. (2012). *ALICIA*. Obtenido de *ALICIA*:
https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UUNI_e81ba18f28765f7c3bbebb7928bcca9/Description#tabnav
- Romero, D. (Diciembre de 2007). Acitvidades de la vida diaria. *Anales de Psicología*, 23(2), 264-271. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/167/16723213.pdf>
- Rufaza, J., & Moreno, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*, 71(1), 127-137. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200004
- Salech, F., Jara, R., & Michea, L. (2012). Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(1), 19-29. doi:[https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70269-9](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70269-9)
- Smith, A., Oliveira, A., Partezani, R., Paredes, M., Nogueira, J., & Rangel, L. (2017, Abril 6). Evaluación del riesgo de caídas en adultos mayores que viven en el domicilio. *Latino Americana de Enfermagem*, 25. doi:<https://doi.org/10.1590/1518-8345.0671.2754>.
- Vega, O., & Gonzales, D. (3 de Abril de 2017). Teoría del déficit del autocuidado: interpretación desde los elementos conceptuales. *Ciencia y Cuidado*, 4(1), 8. doi:<https://doi.org/10.22463/17949831.919>
- Vega, S., Herrera, I., & Carreras, E. (24 de Agosto de 2017). *Revista Médica Electrónica Portales Médicos*. Obtenido de *Revista Médica Electrónica Portales Médicos*: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/prevencion-caidas-anciano-escala-downton/>

Veiga, J., Fuente, E., & Zimmermann, M. (Marzo de 2008). Modelos de estudio en investigación aplicada: conceptos y criterios para el desarrollo. *Medicina y seguridad del trabajo*, 54(210), 81-88. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000100011

6.3.Fuentes Electrónicas

Academia Nacional de Medicina. (2014). *Envejecimiento y dependencia*. México: Academia Nacional de Medicina. Obtenido de <https://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L11-Envejecimiento-y-dependencia.pdf>

Bembibre, C. (Febrero de 2011). Definiciónabc. Obtenido de Definiciónabc: <https://www.definicionabc.com/social/geronte.php>

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. (2013). Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Obtenido de Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-611-13/ER.pdf>

De los santos, A. (2014). Municipalidad Distrital de Vegueta. Obtenido de Municipalidad Distrital de Vegueta: <https://www.munivegueta.gob.pe/historia/>

Dirección Regional de Salud. (2019). DIRESA. Obtenido de DIRESA: http://www.diresalima.gob.pe/estadistica_doc/?fbclid=IwAR2ADyZAOT-JovykcQZcZlof3bfHo4--yRqVTS466eAwhrbpZbvvs1RXq_4#/list_docInfo/Poblacion

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2015). Plataforma digital única del Estado Peruano. Obtenido de Plataforma digital única del Estado Peruano:

<https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/regiones/archivo/limaprovincias2015.pdf>

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (Mayo de 2019). Instituto Nacional de Estadística e Informática. Obtenido de Instituto Nacional de Estadística e Informática:

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1665/libro.pdf

Instituto Nacional de Geriátría. (13 de Noviembre de 2017). Instituto Nacional de Geriátría. Obtenido de Instituto Nacional de Geriátría:
<http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/institucional/envejecimiento.html>

Ministerio de Salud y Protección Social. (Agosto de 2016). Ministerio de Salud y Protección Social. Obtenido de Ministerio de Salud y Protección Social:
<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>

Montse. (3 de Noviembre de 2016). SALUD CANALES MAPFRE. Obtenido de SALUD CANALES MAPFRE:
<https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mayores/enfermedades-mayores/consecuencias-y-complicaciones/>

Organización de las Naciones Unidas. (17 de Junio de 2019). Organización de las Naciones Unidas. Obtenido de Organización de las Naciones Unidas:
https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_PressRelease_ES.pdf

Organización de los Estados Americanos. (2015 de Junio de 2015). Legisalud Argentina. Obtenido de Legisalud Argentina: <http://test.e-legislar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=26473>

Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=99156D0DDBA6CC94D1469F90494F93BD?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (5 de Febrero de 2018). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

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

Peña, M. (31 de Agosto de 2005). Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=613:recursos-humanos-adulto-mayor&Itemid=719

Real Academia Española. (2019). Real Academia Española. Obtenido de Real Academia Española: <https://dle.rae.es/riesgo>

Servicio Madrileño de Salud. (15 de Junio de 2012). SaludMadrid. Obtenido de SaludMadrid: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017257.pdf>

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de Consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>Problema general</p> <p>¿Cuál es la relación entre el riesgo de caídas y la capacidad funcional en adultos mayores del Centro Poblado Primavera, 2020?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>¿Cuál es el riesgo de caídas en adultos mayores del Centro Poblado Primavera, 2020?</p> <p>¿Cuál es la capacidad</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la relación entre el riesgo de caídas y la capacidad funcional en adultos mayores del Centro Poblado Primavera, 2020</p> <p>Objetivo específico</p> <p>Identificar el riesgo de caídas en adultos mayores del Centro Poblado Primavera, 2020</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>La relación entre el riesgo de caídas y la capacidad funcional es significativa en los adultos mayores del Centro poblado Primavera, 2020.</p> <p>Hipótesis Específicas</p> <p>H₀ No hay relación entre el riesgo de caídas y la capacidad funcional en adultos mayores del Centro</p>	<p>Variable independiente</p> <p>Capacidad funcional:</p> <p>Son las cualidades o habilidades que permiten a una persona realizar actividades que satisfagan sus necesidades.</p> <p>Compuesto por tres componentes: la capacidad intrínseca, el entorno y las interacciones entre la persona y su entorno.</p>	<p>Tipo de estudio</p> <p>Será de tipo cuantitativo, descriptivo correlacional, transversal y no experimental.</p> <p>Área de estudio</p> <p>Centro poblado de Primavera perteneciente al Distrito de Végueta, provincia de Huaura, ubicado al norte del departamento de Lima</p> <p>Población</p> <p>Conformada por 50 adultos mayores del Centro Poblado Primavera</p> <p>Unidad de análisis</p> <p>Adultos mayores</p> <p>Criterios de inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adulto de 60 años a más que viva en el centro poblado de Primavera - Sexo femenino o masculino - En uso de sus facultades cognitivas - Con deterioro cognitivo con un acompañante - Que brinde su consentimiento para participar en la investigación <p>Criterios de exclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adulto menor de 60 años que viva en el centro poblado de Primavera - Sexo femenino o masculino - Con deterioro cognitivo y sin un acompañante - Que no consienta participar de la investigación <p>Técnica e instrumento de recolección de datos</p>

<p>funcional en adultos mayores del Centro Poblado Primavera, 2020?</p>	<p>Identificar la capacidad funcional en adultos mayores del Centro Poblado Primavera, 2020</p>	<p>Poblado Primavera, 2020.</p> <p>H₁ Si hay relación entre el riesgo de caídas y la capacidad funcional en adultos mayores del Centro Poblado Primavera, 2020.</p>	<p>Variable dependiente</p> <p>Riesgo de caídas:</p> <p>Es la probabilidad de que se genere una caída debido a factores que lo potencien o lo mermen</p>	<p>Para la recolección de datos, se utilizará como técnica la encuesta y el instrumento será el cuestionario, conformado por de 3 partes: se dará inicio con la presentación, seguido de los datos sociodemográficos del adulto mayor, finalizando con dos encuestas, una sobre el riesgo de caídas y otra sobre capacidad funcional. Para evaluar el riesgo de caídas en el adulto mayor se hará uso de la escala ya validada de J.H. Downton, que abarca 5 aspectos (caídas previas, fármacos, déficits sensoriales, estado mental y marcha), asignándose puntuaciones de 0 y 1 puntos; la interpretación del puntaje total se dividirá en 3; de 0 a 1, de 2 a 3 y por último mayor a 3, clasificándose en un bajo, mediano y alto riesgo de caídas.</p> <p>Y para finalizar se evaluará la capacidad funcional del adulto mayor mediante la aplicación del índice de Barthel, que abarca 10 aspectos en base a las actividades del diario vivir (comer, bañarse, aseo persona, vestirse, control de esfínter anal y vesical, manejo del retrete, desplazamiento de la silla a la cama, trasladarse y subir y bajar escalones), con puntuaciones ya establecidas; se obtiene un el puntaje total de 100 puntos o 90 de estar en silla de ruedas, se va a clasificar en base al puntaje total obtenido, dividido en los siguientes rangos: de 100 puntos, mayor o igual a 60 puntos, entre 40 -55 puntos, de 20 a 35 puntos y una puntuación menor a 20; clasificado en independiente, leve dependencia, moderada dependencia, grave dependencia y una total dependencia, respectivamente. (Anexo 3)</p> <p>Técnica para el procesamiento de datos</p> <p>La información previamente codificada será digitada en Excel y exportado al software estadístico SPSS 25.0 para su proceso y análisis de información. Se utilizará la estadística descriptiva para describir las variables y la estadística inferencial (prueba de chi cuadrado) para determinar la relación entre las variables en estudio. La información será presentada en cuadros.</p>
---	---	---	--	---



Anexo 2. Consentimiento informado



Al firmar este documento o plasmar su huella digital, usted estará dando su APROBACIÓN en la participación de la investigación titulada “RIESGO DE CAÍDAS Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO POBLADO PRIMAVERA, 2020” propuesta por la Bachiller de Enfermería Camila Pérez Valenzuela egresada de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión.

El objetivo planteado es: determinar la relación entre el riesgo de caídas y capacidad funcional en adultos mayores del Centro Poblado Primavera, 2020. Los resultados nos van a permitir identificar, descubrir, analizar, interrelacionar los datos obtenidos en base a las variables establecidas. Y en base dichos resultados, colaboración con el personal de salud encargado poder implementar alternativas de solución sobre los problemas posibles a identificar.

Su participación es de carácter voluntario, se asegura que usted no sufrirá riesgos ni de carácter físico, psicológicos, ni de ningún otro y tendrá la oportunidad de hacer cualquier pregunta respecto al proceso en el que se verá involucrado. La información obtenida será tratada de manera confidencial.

PÉREZ VALENZUELA

Camila

Firma del encuestado(a)

Huella digital

Cuidador(a)

..... de febrero del 2020

Anexo 3. Instrumento**UNIVERSIDAD NACIONAL “JOSE FAUSTINO SANCHEZ CARRIÓN****FACULTAD DE MEDICINA HUMANA****ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA****CUESTIONARIO**

Estimado adulto mayor, este cuestionario tiene como objetivo; obtener información sobre su riesgo de caída y su capacidad funcional. Es de carácter anónimo.

Instrucciones: Sírvase dar lectura a las interrogantes y marque una equis (X) la respuesta que usted crea considere correcta.

INFORMACIÓN GENERAL

1. Edad:

a) 60 – 74 años ()

b) 75 – 90 años ()

c) Mayor de 90 años

3. Estado civil:

a) Soltero ()

b) Casado ()

c) Viudo ()

d) Otro:

2. Sexo:

a) Varón ()

b) Mujer ()

4. Ocupación:

a) Agricultor ()

b) Comerciante ()

c) Jubilado ()

d) Otro:

..... de febrero del 2020

De la variable Riesgo de caída

Caídas previas	No	
	Sí	
Ingesta de medicamentos	Ninguno	
	Tranquilizantes – sedantes	
	Diuréticos	
	Hipotensores	
	Antiparkinsonianos	
	Antidepresivos	
	Otros medicamentos	
Déficits sensoriales	Ninguno	
	Alteraciones visuales	
	Alteraciones auditivas	
	Extremidades	
Estado mental	Orientado	
	Confuso	
Deambulaci3n	Normal	
	Segura con ayuda	
	Insegura con ayuda	
	Imposible	

Fuente. Escala de Downton(1993)

..... de febrero del 2020

Variable capacidad funcional

Comer	Incapaz	
	Necesita ayuda	
	Independiente	
Bañarse/ducharse	Dependiente	
	Independiente	
Aseo personal	Necesita ayuda	
	Independiente	
Vestirse/desvestirse	Dependiente	
	Necesita ayuda	
	Independiente	
Control del esfínter anal	Incontinencia –estreñimiento	
	Accidentes ocasional	
	Continencia	
Control vesical	Incontinencia	
	Accidentes ocasionales	
	Continencia	
Manejo del retrete	Dependiente	
	Necesita ayuda	
	Independiente	
Desplazamiento silla / cama	Incapaz	
	Necesita ayuda	
	Necesita algo de ayuda	
	Independiente	
Trasladarse	Inmóvil	
	Independiente en silla de ruedas	
	Camina con ayuda de una persona	
	Independiente	
Subir y bajar escalones	Incapaz	
	Necesita ayuda	
	Independiente	

Fuente. Índice de Barthel (1955)

Se agradece su colaboración

..... de febrero del 2020

Anexo 4. Caracterización de los adultos mayores encuestados

Edad	N	%
65 – 74 años	18	36%
75 – 90 años	26	52%
Mayor de 90 años	6	12%
Sexo	N	%
Varón	27	54%
Mujer	23	46%
Estado civil	N	%
Soltero	6	12%
Casado	22	44%
Viudo	20	40%
Otro	2	4%
Ocupación	N	%
Agricultor	9	18%
Comerciante	6	12%
Jubilado	27	54%
Otro	8	16 %

Nota. Datos obtenidos de los adultos mayores del centro poblado Primavera

Anexo 5. Libro de códigos

N°	NOMBRE DE LA VARIABLE	CÓDIGO	NOMBRE EN COMPUTO
1	EDAD	0=NR 1=a 2=b 3=c	EDAD
2	SEXO	0=NR 1=a 2=b	SEXO
3	ESTADO CIVIL	0=NR 1=a 2=b 3=c 4=d	ESTCIVIL
4	OCUPACIÓN	0=NR 1=a 2=b 3=c 4=d	OCUPAC
5	Caídas previas	0=NR 1=a 2=b	RC1
6	Ingesta de medicamentos	0=NR 1=a 2=b 3=c 4=d 5=e 6=f 7=g	RC2
7	Déficits sensoriales	0=NR 1=a 2=b 3=c 4=d	RC3
8	Estado mental	0=NR 1=a 2=b	RC4
9	Deambulaci3n	0=NR 1=a 2=b 3=c 4=d	RC5
10	Comer	0=NR 1=a 2=b 3=c	CF1
11	Bañarse/ducharse	0=NR 1=a 2=b	CF2
12	Aseo personal	0=NR 1=a 2=b	CF3
13	Vestirse/desvestirse	0=NR 1=a 2=b 3=c	CF4
14	Control del esfínter anal	0=NR 1=a 2=b 3=c	CF5
15	Control vesical	0=NR 1=a 2=b 3=c	CF6
16	Manejo del retrete	0=NR 1=a 2=b 3=c	CF7
17	Desplazamiento silla/cama	0=NR 1=a 2=b 3=c 4=d	CF8
18	Trasladarse	0=NR 1=a 2=b 3=c 4=d	CF9
19	Subir y bajar escalones	0=NR 1=a 2=b 3=c	CF10

Anexo 6. Codificación de la primera y segunda variable

ENCUESTAS	D G1	D G2	D G3	D G4	R C1	R C2	R C3	R C4	R C5	C F1	C F2	C F3	C F4	C F5	C F6	C F7	C F8	C F9	CF 10
E1	2	2	2	4	1	1	3	1	1	3	2	2	3	3	3	3	4	4	3
E2	3	1	2	3	1	4	2	1	1	3	2	2	2	3	2	3	3	3	2
E3	1	1	1	3	1	1	1	1	1	3	2	2	3	3	3	3	4	4	3
E4	2	2	3	4	2	4	1	1	2	3	2	2	2	3	2	2	3	3	2
E5	2	1	2	3	2	1	2	1	1	3	2	2	3	3	3	3	4	4	3
E6	2	1	2	3	2	7	3	1	4	2	1	1	2	3	3	2	1	2	1
E7	3	1	3	3	2	7	2	1	4	3	1	1	2	3	2	2	1	1	1
E8	2	1	1	1	1	4	1	1	1	3	2	2	3	3	3	3	4	4	3
E9	1	2	2	4	2	7	2	1	1	3	2	2	3	3	3	3	4	4	3
E10	1	2	3	4	2	1	2	1	1	3	2	2	3	3	3	3	4	4	3
E11	2	2	1	4	2	3	2	1	1	3	2	2	3	3	3	3	4	4	3
E12	2	1	3	3	2	3	1	1	2	3	2	2	3	3	3	3	3	3	2
E13	1	2	4	2	1	1	2	1	1	3	2	2	3	3	3	3	4	4	3
E14	2	2	3	3	2	4	3	1	2	3	2	2	3	3	2	3	3	3	2
E15	1	2	3	4	2	1	3	1	1	3	2	2	3	3	3	3	4	4	3
E16	3	1	3	3	2	7	2	1	1	3	2	2	3	3	2	3	4	4	3
E17	3	1	3	3	2	4	3	1	1	3	2	2	3	3	2	3	3	3	2
E18	2	1	2	1	2	7	3	1	1	3	2	2	3	3	2	3	4	4	3
E19	2	2	2	3	2	4	2	1	1	3	2	2	3	2	2	2	3	3	2
E20	2	1	2	1	2	1	3	1	1	3	2	2	3	3	3	3	4	4	3
E21	2	2	3	3	1	1	1	1	1	3	2	2	3	3	3	3	4	4	3
E22	2	1	3	3	2	7	3	1	1	3	2	2	3	3	3	3	4	4	3
E23	2	1	3	3	2	4	2	1	2	3	2	2	3	3	3	3	3	3	2
E24	2	2	3	3	2	1	2	1	4	2	1	1	2	3	3	2	1	1	1
E25	2	2	2	3	1	4	2	1	1	3	2	2	3	3	3	3	4	4	3
E26	1	2	2	1	1	7	3	1	1	3	2	2	3	3	3	3	4	4	3
E27	2	1	1	2	2	1	2	1	2	3	2	2	3	3	3	3	4	3	2
E28	2	2	3	3	2	7	1	1	1	3	2	2	3	3	2	3	4	4	3
E29	2	2	2	1	1	4	1	1	2	3	2	2	3	3	2	3	4	3	3
E30	1	2	4	2	2	7	2	1	1	3	2	2	3	3	3	3	4	4	3
E31	1	1	2	3	2	7	2	1	1	3	2	2	3	3	3	3	4	4	3
E32	1	1	2	1	1	1	2	1	1	3	2	2	3	3	3	3	4	4	3
E33	2	1	2	1	1	1	2	1	1	3	2	2	3	3	3	3	4	4	3
E34	2	2	3	3	2	7	2	1	2	3	2	2	3	3	3	3	4	4	3
E35	2	2	3	2	1	1	3	1	2	3	2	2	3	3	3	3	3	3	2
E36	2	1	3	3	2	3	2	1	4	3	1	1	2	3	3	2	1	1	1
E37	2	1	3	3	2	1	3	1	2	3	2	2	3	3	3	2	3	3	2
E38	1	1	1	3	1	1	3	1	1	3	2	2	3	3	3	3	4	4	3
E39	3	1	3	3	2	2	2	1	2	3	2	2	3	3	2	2	3	3	2
E40	1	2	2	4	2	7	2	1	1	3	2	2	3	3	3	3	4	4	3
E41	1	1	2	3	1	1	1	1	1	3	2	2	3	3	3	3	4	4	3

E42	1	1	2	3	1	4	2	1	2	3	2	2	3	3	3	3	3	2
E43	1	2	1	2	2	7	2	1	1	3	2	2	3	3	3	3	4	3
E44	3	1	2	3	2	7	2	1	2	3	2	2	3	3	3	3	3	2
E45	2	1	3	3	1	1	2	1	2	3	2	2	3	3	3	3	3	2
E46	1	2	2	4	2	7	2	1	1	3	2	2	3	3	3	3	4	3
E47	2	2	3	3	2	4	3	1	2	3	2	2	3	3	3	3	3	2
E48	1	2	2	2	1	1	3	1	1	3	2	2	3	3	3	3	4	3
E49	1	1	2	1	1	1	1	1	1	3	2	2	3	3	3	3	4	3
E50	1	1	2	1	2	1	3	1	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3

Anexo 7. Puntuación de riesgo de caídas

ENCUESTA	RC1	RC2	RC3	RC4	RC5
E1	0	0	1	0	0
E2	0	1	1	0	0
E3	0	0	0	0	0
E4	1	1	0	0	1
E5	1	0	1	0	0
E6	1	1	1	0	1
E7	1	1	1	0	1
E8	0	1	0	0	0
E9	1	1	1	0	0
E10	1	0	1	0	0
E11	1	1	1	0	0
E12	1	1	0	0	1
E13	0	0	1	0	0
E14	1	1	1	0	1
E15	1	0	1	0	0
E16	1	1	1	0	0
E17	1	1	1	0	1
E18	1	1	1	0	0
E19	1	1	1	0	1
E20	1	0	1	0	0
E21	0	0	0	0	0
E22	1	1	1	0	0
E23	1	1	1	0	1
E24	1	0	1	0	1
E25	0	1	1	0	0
E26	0	1	1	0	0
E27	1	0	1	0	1
E28	1	1	0	0	0
E29	0	1	0	0	1
E30	1	1	1	0	0
E31	1	1	1	0	0
E32	0	0	1	0	0
E33	0	0	1	0	0
E34	1	1	1	0	1
E35	0	0	1	0	1
E36	1	1	1	0	1
E37	1	0	1	0	1
E38	0	0	1	0	0
E39	1	1	1	0	1
E40	1	1	1	0	0
E41	0	0	0	0	0
E42	0	1	1	0	1
E43	1	1	1	0	0

E44	1	1	1	0	1
E45	0	0	1	0	1
E46	1	1	1	0	0
E47	1	1	1	0	1
E48	0	0	1	0	0
E49	0	0	0	0	0
E50	1	0	1	0	1

Anexo 8. Puntuación de la capacidad funcional

ENCUESTA	CF1	CF2	CF3	CF4	CF5	CF6	CF7	CF8	CF9	CF10
E1	10	5	5	10	10	10	10	15	15	10
E2	10	5	5	5	10	5	10	10	10	5
E3	10	5	5	10	10	10	10	15	15	10
E4	10	5	5	5	10	5	5	10	10	5
E5	10	5	5	10	10	10	10	10	15	10
E6	5	0	0	5	10	10	5	0	5	0
E7	10	0	0	5	10	5	5	0	0	0
E8	10	5	5	10	10	10	10	15	15	10
E9	10	5	5	10	10	10	10	15	15	10
E10	10	5	5	10	10	10	10	15	15	10
E11	10	5	5	10	10	10	10	15	15	10
E12	10	5	5	10	10	10	10	10	10	5
E13	10	5	5	10	10	10	10	15	15	10
E14	10	5	5	10	10	5	10	10	5	5
E15	10	5	5	10	10	10	10	15	15	10
E16	10	5	5	10	10	5	10	15	15	10
E17	10	5	5	10	10	5	10	10	10	5
E18	10	5	5	10	10	5	10	15	15	10
E19	10	5	0	10	5	5	5	10	10	5
E20	10	5	5	10	10	10	10	15	15	10
E21	10	5	5	10	10	10	10	15	15	10
E22	10	5	5	10	10	10	10	15	15	10
E23	10	5	5	10	10	10	10	10	10	5
E24	5	0	0	5	10	10	5	0	0	0
E25	10	5	5	10	10	10	10	15	15	10
E26	10	5	5	10	10	10	10	15	15	10
E27	10	5	5	10	10	10	10	15	10	5
E28	10	5	5	10	10	5	10	15	15	10
E29	10	5	5	10	10	10	10	15	10	5
E30	10	5	5	10	10	10	10	15	15	10
E31	10	5	5	10	10	10	10	15	15	10
E32	10	5	5	10	10	10	10	15	15	10
E33	10	5	5	10	10	10	10	15	15	10
E34	10	5	5	10	10	10	10	15	10	10
E35	10	5	5	10	10	10	10	10	10	5
E36	10	0	0	5	10	10	5	0	0	0
E37	10	5	5	10	10	10	5	10	10	5
E38	10	5	5	10	10	10	10	15	15	5
E39	10	5	5	10	10	5	5	10	10	5
E40	10	5	5	10	10	10	10	15	15	10
E41	10	5	5	10	10	10	10	15	15	10
E42	10	5	5	10	10	10	10	10	10	5
E43	10	5	5	10	10	10	10	15	15	10

E44	10	5	5	10	10	10	10	10	10	5
E45	10	5	5	10	10	10	10	10	10	5
E46	10	5	5	10	10	10	10	15	15	10
E47	10	5	5	10	10	10	10	10	10	5
E48	10	5	5	10	10	10	10	15	15	10
E49	10	5	5	10	10	10	10	15	15	10
E50	10	5	5	10	10	10	10	10	10	10

Anexo 9. Solicitud para la aplicación de instrumento



UNIVERSIDAD NACIONAL
JOSÉ FAUSTINO SÁNCHEZ CARRIÓN
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Unidad de Grados y Títulos

" Año de la universalización de la Salud"



OFICIO N° 030-2020-UGvT/FMH-UNJFSC

Señor.

Lic. EUTEMIO RÍOS ALARCÓN

Alcalde Distrital de Végueta

Presente. –

ASUNTO: SOLICITO AUTORIZACIÓN PARA APLICACIÓN DE INSTRUMENTO

De mi consideración:

Saludándolo cordialmente, comunico a su digno Despacho que la señorita CAMILA LESLY PÉREZ VALENZUELA egresada de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, viene desarrollando el plan de tesis para la obtención de título profesional de Licenciada en Enfermería.

Por tal razón, solicitamos se le brinde las facilidades para la aplicación del instrumento a adultos mayores del Centro Poblado Primavera, para la ejecución del plan de tesis: **RIESGO DE CAIDAS Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO POBLADO PRIMAVERA, 2020**, en la institución que tan dignamente dirige, por lo que solicito su autorización correspondiente.

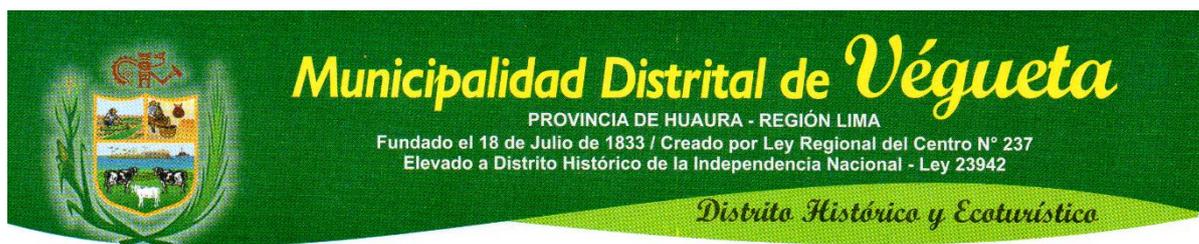
Agradecidos por su gentil atención, por las facilidades que el caso amerita, me suscribo de usted reiterándole mis saludos y estima personal.

Atentamente;



c.c: Archivo
 MMNL/Isabel

Anexo 10. Autorización para aplicación de instrumento



"Año de la Universalización de la Salud"

Végueta, 12 de febrero del 2020.

OFICIO N° 026-2020-KNLC/GDHyPS/MDV

SEÑORA:

**M.C. MIRIAM MILAGROS NOREÑA LUCHO
JEFA DE UNIDAD DE GRADOS Y TÍTULOS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL "JOSE FAUSTINO
SANCHEZ CARRION".**

Presente.-

ASUNTO : AUTORIZACION PARA APLICACIÓN
DE INSTRUMENTO.

REFERENCIA : OFICIO N° 030-2020-UGyT/FMH-UNJFSC.

De mi especial consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a Usted, para saludarlo muy cordialmente a nombre de la Gerencia de Desarrollo Humano y Programas Sociales de la Municipalidad Distrital de Végueta, y en atención al documento de la referencia, mediante el cual solicita autorización para la aplicación de instrumento a adultos mayores del Centro Poblado Primavera, en tal sentido considerando que la señorita Camila Lesly Pérez Valenzuela egresada de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión, viene realizando su Plan de Tesis "RIESGO DE CAIDAS Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO POBLADO PRIMAVERA, 2020", en ese sentido se brinda la autorización a fin de desarrollar dicho proyecto, así mismo se recomienda realizar las coordinaciones correspondientes con el presidente del Centro Poblado de Primavera con la finalidad de comunicar a la población.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para expresarle los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,


 Lic. Loarte Cuta Karina Naydi
 GERENTE DE DESARROLLO HUMANO
 Y PROGRAMAS SOCIALES

R.U.C. N° 20163795494

Calle Tarapacá N° 101 Telefax: 237 - 7002
informes@munivegueta.gob.pe

Anexo 11. Evidencias fotográficas



Fuente. Adultos mayores siendo encuestados en el centro poblado Primavera