

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional de Enfermería



Una Institución Adventista

Síndrome de caídas y capacidad funcional en adultos mayores del Centro de Salud La Revolución, Juliaca

Tesis para obtener el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

Por:

Nancy Monica Quispe Condori

Asesor:

Mg. Elisa Romy Rodríguez López

Juliaca, diciembre de 2019

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DEL INFORME DE TESIS

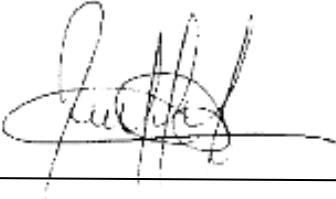
Mg. Elisa Romy Rodríguez López, de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería, de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente informe de investigación titulado: “Síndrome de Caídas y Capacidad Funcional en adultos mayores del Centro de Salud La Revolución, Juliaca” constituye la memoria que presenta la Bachiller **Nancy Monica Quispe Condori** para aspirar al título de Profesional de Licenciada en enfermería, cuya tesis ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Juliaca, a los 29 días del mes de Diciembre del año 2020



Mg. Elisa Romy Rodríguez López

Síndrome de Caídas y Capacidad funcional en adultos mayores del
Centro de Salud La Revolución, Juliaca

TESIS

Presentada para optar el título profesional de Licenciada en
Enfermería

JURADO CALIFICADOR



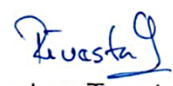
Mg. Marleny Montes Salcedo
Presidenta



Mg. Ruth Yenny Chura Muñico
Secretario



Mg. Elisa Romy Rodriguez Lopez
Asesora



Mg. Rosa Luz Tuesta Guerra
Vocal

Juliaca, 19 de Diciembre de 2019

Dedicatoria

A mis padres, quienes son día a día mi motor y motivo de superación, quienes siempre me apoyaron y por ellos pude culminar mis estudios.

Agradecimientos

A la Universidad Peruana Unión, mi alma mater, lugar de estudios y segundo hogar, donde me formé con principios y valores cristianos, ya que en sus aulas pude proyectarme para ser una profesional.

A los docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud, la Escuela Profesional de Enfermería, quienes con tanta paciencia y esmero nos formaron para desempeñarnos correctamente.

A la Mg. Elisa Romy Rodríguez López por el asesoramiento en la elaboración de la tesis y al ingeniero Mg. Efraín Velásquez Mamani por su apoyo en el área estadística.

Al Dr. Zimel Sanabria Chambi jefe del Centro de salud La Revolución, a la Lic. Berna Vilca Neyra, jefa de enfermeras y a la Lic. Yaneth Castillo Noha, enfermera delegada al programa del adulto mayor, por permitirme ejecutar el instrumento para el desarrollo de mi proyecto.

Contenido

	Pág.
Dedicatoria	ii
Agradecimientos	v
Índice de Tablas	ix
Índice de anexos	x
Resumen	xi
Abstract	xii
Capítulo I	13
El Problema	13
1. Planteamiento del Problema.....	13
2. Formulación del Problema.....	16
3. Objetivos de Investigación.....	16
3.1. Objetivo General.	16
3.2. Objetivos Específicos.	16
4. Justificación de la Investigación.....	18
4.1. Aporte Teórico.....	18
4.2. Aporte práctico y social.	18

5. Marco Bíblico Filosófico.....	19
Capítulo II	21
Marco Teórico.....	21
1. Antecedentes de la Investigación	21
2. Marco Conceptual	26
2.1. Síndrome de caídas.	26
2.2. Capacidad funcional.	35
3. Modelo Teórico de Enfermería	39
3.1. Modelo del entorno: Dorotea Orem	39
4. Definición de términos	40
Capitulo III	42
Materiales y métodos.....	42
1. Diseño y tipo de investigación	42
2. Delimitación geográfica y temporal.....	42
3. Población y Muestra	43
3.1. Población.	43
3.2. Muestra.	43
4. Hipótesis de la investigación.....	44
5. Identificación de variables	44
7. Técnicas de recolección de datos.....	48

8. Instrumentos de recolección de datos	48
6.1. Validez y confiabilidad.	49
7. Proceso de recolección de datos.....	50
8. Consideraciones éticas.....	50
Capítulo IV	51
Resultados y discusión	51
1. Resultados	51
1.2. Prueba de hipótesis.....	52
1.3. Coeficiente de correlación y determinación de Pearson.	53
2. Análisis y Discusión.....	60
Capítulo V.....	68
Conclusiones y Recomendaciones	68
1. Conclusiones.....	68
2. Recomendaciones.....	69
Referencias Bibliográficas	71
Anexos	81

Índice de Tablas

	Pág.
Tabla 1. Operacionalizacion de Variables	45
Tabla 2. Nivel de Riesgo de Caídas de los adultos mayores.....	51
Tabla 3. Nivel de capacidad Funcional de los adultos mayores	51
Tabla 4. Análisis de Correlación entre el Síndrome de Caídas y la Capacidad Funcional	53
Tabla 5. Capacidad Funcional sobre el Baño de los adultos mayores	54
Tabla 6. Capacidad Funcional sobre el Vestido de los adultos mayores	54
Tabla 7. Capacidad funcional sobre el uso del inodoro de los adultos mayores.....	55
Tabla 8. Capacidad Funcional sobre el Movimiento de los adultos mayores.....	55
Tabla 9. Capacidad Funcional sobre la Continencia de los adultos mayores	56
Tabla 10. Capacidad Funcional sobre la Alimentación de los adultos mayores	57
Tabla 11. Síndrome de Caídas Sobre Caídas Previas de los adultos mayores.....	57
Tabla 12. Síndrome de Caídas sobre el Uso de Medicamentos de los adultos mayores.....	57
Tabla 13. Síndrome de Caídas sobre el Déficit Sensorial de los adultos mayores .	58
Tabla 14. Síndrome de Caídas sobre el Estado Mental de los adultos mayores	59
Tabla 15. Síndrome de Caídas sobre la Deambulaci3n de los adultos mayores	59

Índice de anexos

Pág.

Anexo A. Instrumento de evaluación de la variable capacidad funcional: valoración de las actividades de la vida diaria -índice de katz.....	82
Anexo B. Instrumento de evaluación de la variable síndrome de caídas: escala de valoración de riesgo de caídas Downton.....	84
Anexo C. Carta de autorización del área de estudio	85
Anexo D. Fotos de la recolección de datos	86

Resumen

El trabajo tuvo como objetivo determinar la relación entre el síndrome de caídas y la capacidad funcional en adultos mayores del Centro de Salud la Revolución, Juliaca. El estudio fue de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, de tipo descriptivo-correlacional; la muestra estuvo constituida por 46 ancianos integrantes del programa de salud del adulto mayor. Para el análisis de datos se empleó el SPSS versión 22, se utilizó la técnica de la encuesta y los instrumentos fueron el índice de katz y la escala de valoración de riesgo de caídas Downton. **Resultados:** 63.0% de los participantes, presentaron alto riesgo de caer, de igual forma, 30.4% presentaron mediano riesgo de caer, y tan solo 6.5% bajo riesgo de caer. Por otro lado, 45.7% presentaron incapacidad funcional moderada, 41.3% incapacidad severa, y tan solo 13.0% ausencia de incapacidad. En cuanto al análisis de correlación, se encuentra correlación fuerte de $r = ,854^{**}$ y $p \text{ valor}=0.00$. **Conclusiones:** Existe correlación directa y estadísticamente significativa entre el síndrome de caídas y la capacidad funcional en adultos mayores del Centro de Salud la Revolución.

Palabras claves: síndrome de caídas, capacidad funcional

Abstract

The objective of the work was to determine the relationship between the syndrome of falls and the functional capacity in older adults of the clinic la Revolución, Juliaca. The study was of qualitative approach, non-experimental design, descriptive-correlational type; The sample consisted of 46 elderly members of the senior health program. For the data analysis, SPSS version 22 was used, the survey technique was used and the instruments were the katz index and the Downton fall risk assessment scale. Results: 63.0% of the participants presented a high risk of falling, in the same way, 30.4% presented a medium risk of falling, and only 6.5% low risk of falling. On the other hand, 45.7% presented moderate functional disability, 41.3% severe disability, and only 13.0% absence of disability. As for the correlation analysis, there is a strong correlation of $r = .854^{**}$ and $p \text{ value} = 0.00$. Conclusions: There is a direct and statistically significant correlation between the syndrome of falls and the functional capacity in older adults of the Revolution Health Center.

Keywords: syndrome of falls, functional capacity

Capítulo I

El Problema

1. Planteamiento del Problema

En la actualidad la población adulta mayor está aumentando, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre el 2015 y 2050, el porcentaje de personas mayores de 60 años se duplicará (OMS, 2015). Esto se ve reflejado en la pirámide poblacional que se ha invertido en todos los países desarrollados (Nieto y Jiménez, 2015).

Puno, ocupa el 6to lugar en mayor número de personas adultas mayores con 131,564, ya que el primer lugar lo ocupa Lima con 1,076,375 adultos mayores (Dirección de Personas Adultas Mayores, 2015).

“Las caídas son la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales o no intencionales, y los adultos mayores de 65 años son quienes sufren más caídas mortales” (OMS, 2018), y de la misma manera por D'hyver y Gutiérrez (2014), quienes además, ubican las caídas como quinta causante de muerte en el mundo con un 66%. Por otro lado, Moraes (2012) ubica las caídas en el sexto lugar como causante de muerte únicamente teniendo en cuenta la población adulta mayor. Y los adultos mayores, son la población mas vulnerable ante las caídas. Lisigurski, Valera y Ortiz (2011) refieren que del 30 a 60% de los adultos mayores de la comunidad sufren un episodio de caída al año. “Anualmente mueren en todo el mundo unas 646 000

personas debido a caídas, y más de un 80% de esas muertes se registran en países de bajos y medianos ingresos” (OMS, 2018).

El Ministerio de Salud Pública (2008) menciona que las caídas son, “un evento involuntario o accidental que precipita a la persona a un nivel inferior o al suelo”. Según, Moraes (2012) las caídas ocurren en el 30% de las personas mayores, y comúnmente las complicaciones más temidas son: las fracturas de cadera, hematoma subdural y miedo a caer, que puede desatar un lapso de inmovilidad.

En todos los países, los ancianos son el grupo de edad con mayor incidencia de caídas asociadas a complicaciones graves. En los ancianos que viven en la comunidad, la incidencia de caídas es de 33%; de estos la mitad experimenta caídas múltiples o síndrome de caídas, el rango de incidencia corresponde de 0.2 a 1.6 caídas por persona al año con una media aproximada de 0.7 caídas/año. El 50% de los pacientes tienen lesiones leves y 10% presentan lesiones importantes principalmente, fractura de muñeca en 5%, fractura de cadera 2% y 3% otras lesiones. Existe una relación bien definida entre el aumento de la mortalidad y caídas en personas de 70 años, pero en las personas de 85 años o mayores que se encuentran institucionalizadas, uno de cada cinco muere a consecuencia de la caída. También, menciona que hay un rango de mortalidad de 20 a 30% en pacientes que sufrieron una caída y requirieron manejo intrahospitalario dentro del primer año posterior a la fractura, pero en los primeros días, su mortalidad aumenta si sufrió una caída por mucho tiempo o esta institucionalizado (D'Hyver y Gutierrez, 2014).

Tal es así que existe un vínculo entre las caídas y el aumento de mortalidad en personas adultas mayores esto mencionado por (D'Hyver y Gutierrez, 2014).

A medida en que aumenta el índice de envejecimiento, se debe acrecentar la importancia sobre el conocimiento del manejo de patologías musculoesqueléticas por ser las principales causantes de enfermedades incapacitantes (Fernández, 2015). Pues, el envejecimiento es un fenómeno, que a causa de los problemas sociales y de salud de los ancianos, se enfrentan a los sistemas de seguridad social y sanitarios (Terra et al, 2014), donde los países desarrollados presentan problemas demográficos de caída de la natalidad y aumento de la esperanza de vida (Nieto, Nieto, y Jimenez, 2015), lo cual podría deberse al crecimiento económico que permite una mejor nutrición y mejor acceso a los sistemas de salud, pero a su vez, las altas tasas de mortalidad infantil, homicidios y obesidad.

En lo que respecta al área de enfermería, es importante localizar causas de caídas, valorar particularidades del adulto mayor y su entorno para trabajar sobre los factores de riesgo susceptibles de alterar, y así, crear actividades preventivas concretas (Martinez, 2018).

Actualmente, la situación demográfica de los adultos mayores va aumentando, lo cual representa una problemática para la sociedad y el sistema sanitario, pues el envejecimiento como parte de un proceso natural y esperado, trae consigo factores de riesgo intrínsecos predisponentes de morbilidad tales como: edad mayor a 60, sexo femenino, déficit sensoriales, desorientación, alteraciones neurológicas, osteoarticulares y musculares etc. Así también, extrínsecos como: obstáculos, mala

iluminación, calzado inadecuado o pisos inadecuados que hacen que el síndrome de caídas tenga grande índices de prevalencia y que ello refleje la alteración de la capacidad funcional.

Lo que motivó a la investigadora a realizar este trabajo, fue el poco conocimiento sobre la importancia de las caídas y su repercusión en la población adulta mayor, sabiendo que esta ha ido en aumento y que Puno ocupa el sexto lugar en mayor población adulta mayor, por lo que refiere un problema para la sociedad en general, pero sobre todo para el adulto mayor, que a consecuencia de las caídas se ve afectado en su autocuidado, y por ende la capacidad funcional.

2. Formulación del Problema

¿Cuál es la relación entre el síndrome de caídas y la capacidad funcional en los adultos mayores del Centro de Salud La Revolución, Juliaca?

3. Objetivos de Investigación

3.1. Objetivo General.

Determinar la relación que existe entre el síndrome de caídas y la capacidad funcional en adultos mayores del Centro de Salud La Revolución, Juliaca.

3.2. Objetivos Específicos.

- Identificar las caídas previas en adultos mayores del Centro de Salud La Revolución, Juliaca.
- Identificar el uso de medicamentos en adultos mayores del Centro de Salud La Revolución, Juliaca.

- Identificar los déficits sensoriales en adultos mayores del Centro de Salud La Revolución, Juliaca.
- Identificar el estado mental en adultos mayores del Centro de Salud La Revolución, Juliaca.
- Identificar el tipo de deambulaci3n en adultos mayores del Centro de Salud La Revolución, Juliaca.
- Identificar el ba1o en adultos mayores del Centro de Salud La Revolución, Juliaca.
- Identificar el vestido en adultos mayores del Centro de Salud La Revolución, Juliaca.
- Identificar uso del inodoro en adultos mayores del Centro de Salud La Revolución, Juliaca.
- Identificar tipo de movilidad en adultos mayores del Centro de Salud La Revolución, Juliaca.
- Identificar la continencia en adultos mayores del Centro de Salud La Revolución, Juliaca.
- Identificar la alimentaci3n en adultos mayores del Centro de Salud La Revolución, Juliaca.

4. Justificación de la Investigación

Este estudio se justifica por la envergadura que el mismo presenta desde el punto de vista:

4.1. Aporte Teórico. Se ampliara los conocimientos acerca del síndrome de caídas y la capacidad funcional del adulto mayor en el profesional de enfermería, por ello los resultados son relevantes al brindar un área de oportunidad para el desarrollo de investigación sobre caídas en los adultos mayores además de permitir abordar al adulto mayor en forma integral, contrastar resultados de investigación con otros similares y servir como antecedente para investigaciones futuras que se relacionen con la temática estudiada.

4.2. Aporte práctico y social. Mejorar la calidad de vida de los adultos mayores advirtiendo de los factores de riesgo intrínseco y extrínseco que ocasionan caídas. Promover el desarrollo del Perú, siendo este un aporte de investigación muy importante para la sociedad en general, además, de verse beneficiado el estado peruano, ya que si hay una disminución de morbilidad por caídas, habría un aumento de presupuesto en salud para otros grupos vulnerables, además se pretende mejorar las intervenciones de prevención, promoción y rehabilitación para con los adultos mayores.

Asimismo, la presente investigación se justifica por los aportes desarrollados a la línea de investigación: intervención de enfermería en grupos de riesgo salud del adulto, salud del adulto mayor.

5. Marco Bíblico Filosófico

Elena G. De White (1977) menciona que los miembros de la familia deben atender a sus parientes, y cuando esto no es factible, la iglesia debe hacerse cargo con responsabilidad y prebenda.

“Todos los que tienen el espíritu de cristo considerarán a los débiles y ancianos con respeto y ternura especiales. Si se les anima a tomar parte en los intereses y ocupaciones de la casa, se les ayudará a sentir que aún conservan su utilidad. Hacedles sentir que se aprecia su ayuda, que aún les queda algo que hacer en cuanto a servir a los demás, y esto les alegrará el corazón e infundirá interés a su vida” (White, 1977).

Ante la presencia de una persona adulta mayor, se debe fomentar el respeto, “Delante de las canas te levantarás, y honrarás el rostro del anciano, y de tu dios tendrás temor” levítico 19:32. “no reprendas al anciano, sino exhórtale como a padre... a las ancianas, como a madres”. 1 Timoteo 5:1-2.

La santa biblia en Tito 2:2-5 menciona: “Los ancianos sean sobrios, serios, prudentes, sanos en la fe, en el amor, en la paciencia. Las ancianas asimismo sean reverentes en su porte; no calumniadoras, no esclavas del vino, maestras del bien; que enseñen a las mujeres jóvenes a amar a sus maridos y a sus hijos, a ser prudentes, castas, cuidadosas de su casa, buenas, sujetas a sus maridos, para que la palabra de dios no sea blasfemada”.

La ancianidad, no es el agotamiento de la vida espiritual, al contrario, es una reserva de riquezas, de experiencias, de capacidades para captar lo esencial e importante

para nuestras vidas. La sagrada escritura considera la vejez como un don que se renueva y que debe ser vivido cada día en la apertura a Dios y al prójimo, Pastoral social Caritas Chile (2013).

Además, el anciano tiene otra importante tarea, que es el de transmitir la palabra de dios a las nuevas generaciones: “Con nuestro oído, ¡Oh Dios!, hemos oído; nos contaron nuestros padres la obra que tú hiciste en sus días” (sal 44, 2).

“En la vejez seguirá dando frutos, se mantendrá lozano y frondoso, para proclamar qué justo es el señor, mi roca, en quien no existe la maldad” (Sal 92, 15-16).

Capítulo II

Marco Teórico

1. Antecedentes de la Investigación

Silva et al. (2012) realizaron una investigación en Sao Paulo, que tuvo como objetivo determinar la prevalencia de caídas en el adulto mayor y su relación con la capacidad funcional, el tipo de estudio fue epidemiológico transversal. La muestra estuvo conformada por 240 sujetos. El resultado fue promedio de caídas de 1,33. Entonces encontraron correlación entre nivel de independencia funcional y las actividades instrumentales con la edad. Concluyendo así que las caídas se pueden prevenir con tácticas de promoción a la salud del adulto mayor y políticas para ofrecer mejor calidad de vida a personas durante el desarrollo de envejecimiento.

Curcio et al. (2009) realizaron una investigación en Bogotá, cuyo objetivo fue describir las características, e identificar los principales factores asociados con caídas recurrentes en ancianos. El estudio fue descriptivo correlacional y transversal. La muestra estuvo constituida por 224 personas. Los instrumentos fueron: pruebas de medida de evaluación basada en la ejecución, alcance funcional, velocidad de marcha, incorporación de una silla. Los resultados fueron que 115 (51,6%) ancianos tuvieron al menos una caída. Concluyendo así que la posibilidad de influir estos factores mediante proyectos de reentrenamiento y rehabilitación, reducirían considerablemente la probabilidad de volver a caer.

Silva et al (2014) realizaron un estudio que tuvo como objetivo evaluar el riesgo de caídas asociado a las variables sociodemográficas y el estado cognitivo en el adulto mayor, el estudio es cuantitativo, descriptivo y de corte transversal; cuya muestra fue una población de 150 adultos mayores, los instrumentos utilizados fueron el perfil social, mini-examen del estado mental y la escala de Tinetti donde los resultados fueron que 54.7% presentó alto riesgo de caer. Y concluyeron que se resalta la necesidad que el equipo multi profesional incentive la actividad física para mantener una fuerza y postura adecuada, además de ejercicios de memoria preservando el estado cognitivo, promocionando un envejecimiento activo y saludable.

Ramirez (2014) realizó una investigación en Veracruz, México, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de la dependencia funcional y estimar su asociación con caídas en adultos mayores. El estudio fue descriptivo, transversal, observacional la muestra constituida por 300 adultos mayores, utilizando como instrumento el índice de katz. Los resultados fueron 265 pacientes (88.3%), con ausencia de incapacidad o incapacidad leve, 30 pacientes (10%) con incapacidad moderada y 5 pacientes (1.7%) con incapacidad severa. Del total de los encuestado 42.7% habían presentado caídas en el lapso de 2 años previos a la fecha de la encuesta. Concluyendo así que las caídas en adultos mayores son un evento multifactorial y que como tal debe abordarse el manejo preventivo para evitar las consecuencias dentro de las cuales se encuentra la dependencia funcional.

Dávila y Palacios (2015) realizaron una investigación en Lima, cuyo objetivo fue: determinar la relación entre la capacidad funcional y el riesgo de caída de los adultos mayores. El estudio fue cuantitativo, descriptivo, correlacional de corte transversal, la

población estuvo constituida por 40 adultos mayores. Los instrumentos utilizados fueron las escalas: Barthel, Lawton y Brody y la escala de Tinetti. Los resultados fueron que un 50% tuvieron alto riesgo de caídas, en relación a la capacidad funcional, 72.5% tuvo dependencia moderada para las actividades básicas de la vida diaria y en las actividades instrumentales 57.5% y 20% mostraron dependencia moderada y grave respectivamente. Se encontró relación significativa ($p=0.001$). Concluyendo así que existe relación directa entre la capacidad funcional (actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y el riesgo de caída de los adultos mayores.

Phele y Cespedes (2017) realizaron una investigación en Arequipa, cuyo objetivo fue determinar la relación existente entre el nivel de funcionalidad y el riesgo de caídas de la persona adulta mayor institucionalizada. El estudio fue correlacional de corte transversal. La muestra fue constituida por 32 residentes utilizando como instrumento la ficha de observación y medición de las “actividades básicas de la vida diaria” y la escala de riesgo de caídas (Downton). Los resultados fueron que, 81,25% de adultos mayores son no funcionales y tienen a la vez alto riesgo de caídas en relación a 15,63%. 96,88% de adultos mayores institucionalizados tienen alto riesgo de caídas y 3,13% tiene mediano riesgo de caídas, de los adultos mayores encuestados, 96,88% han tenido caídas previas. 81,25% son no funcionales y 18,75% se consideran funcionales. Concluyendo que existe una relación directa y significativa entre la funcionalidad y un mayor riesgo de caídas en la persona adulto mayor.

Quiñonez (2017) realizó una investigación en Lima con el objetivo de estimar el riesgo de caídas del adulto mayor. El estudio fue cuantitativo, descriptivo y transversal. Diseño de estudio sin intervención y observacional. Con 120 personas adultas mayores

a los cuales se aplicó un cuestionario con 5 ítems de la escala de riesgo J. H. Downton. Los resultados fueron 70% con riesgo alto de caída, y 30% con riesgo bajo; los factores con mayor influencia en el riesgo de caída son; la toma de medicamentos con 87% y déficit sensorial con 79%, siendo el de menor influencia y estado mental con 6%. Se concluye así que el nivel de riesgo de caídas del adulto mayor tiene un riesgo alto. Los factores con mayor influencia son la toma de medicamentos y los déficits sensoriales.

Yerba (2017) realizó una investigación en Juliaca, Perú que tuvo como objetivo determinar la relación entre la calidad de vida y el riesgo de caídas del adulto mayor. El estudio fue correlacional, con 44 adultos mayores, cuyo instrumento fue una entrevista estructurada, los resultados fueron que existe relación inversa entre la calidad de vida y el riesgo de caídas en el adulto mayor del centro de salud santa Adriana, el 59.09% tuvieron un alto riesgo de caídas, el 72.73% tuvieron una mala funcionalidad social, el 61.36% tuvieron una mala funcionalidad social, el 81.82% tuvieron una severa limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos, el 70.45% tuvieron una severa limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales, el 59.09% tuvieron un mal estado mental. Finalmente, llegó a la conclusión que existe relación inversa entre la calidad de vida en todas sus dimensiones y el riesgo de caídas en los adultos mayores.

Seminario (2018) realizó una investigación en Bogotá, Colombia que tuvo como objetivo, determinar la relación que existe entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas en los adultos. El estudio fue de tipo correlacional de corte transversal. La muestra constituida por 110 adultos mayores, utilizando como instrumento el índice de Barthel, la escala de Lawton y Brody y el test de Tinetti; así como también, una ficha de recolección de datos sociodemográficos. Los resultados fueron que tras la aplicación

de la prueba de hipótesis chi cuadrado se concluyó que existe relación significativa entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas $p < 0.001$. Concluyendo así que se logró determinar que la capacidad funcional se asocia al riesgo de caídas en el adulto mayor de la muestra.

2. Marco Conceptual

2.1. Síndrome de caídas.

Las caídas se definen como “acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga” (OMS, 2018). Asimismo, Busto (2015) afirma. “Las caídas son un disturbio fugaz e irreversible del equilibrio con desviación del centro de gravedad y derrumbe del cuerpo sobre el mismo plano de sustentación”. Por otro lado, Valera (2012) define “La caída es una precipitación al suelo, repentina, involuntaria, con o sin lesión secundaria, confirmado por el paciente o por un testigo.

2.1.1. Factores de riesgo de las caídas.

Castro (2005) menciona. “La probabilidad de lesión como resultado de la caída depende de las características intrínsecas del que cae, así como de las circunstancias de la caída”. No obstante el proceso de envejecimiento no se manifiesta de igual manera en todos los ancianos, ya sea por enfermedades, limitaciones funcionales o ambientales de tal modo que; no todos los adultos mayores presentarán los mismos factores de riesgo para una caída. Por ello, “las caídas se clasifican generalmente en función del tipo de factores de riesgo como factores intrínsecos (individuales), extrínsecos (ambientales) y de riesgo relacionados a los comportamientos peligrosos” (Stalenhoef et al, 2000).

2.1.1.1. Factores intrínsecos. Lazaro et al.(2005) mencionan. “Dentro de los factores intrínsecos de una caída incluimos las alteraciones fisiológicas relacionadas con la edad, las enfermedades tanto agudas como crónicas y el consumo de fármacos”

- Caídas previas. Existe un porcentaje considerable en caídas recurrentes los cuales aumentan la situación de complicación. (Curcio et al 2009). Por tanto, si una persona se cayó, tiene otra posibilidad de volver a caer y el problema se acrecienta conforme va aumentando la edad. Así que, una caída como antecedente es parte de un factor de riesgo importante ya sea por la magnitud o tiempo de caída, por el agravamiento que presentará.
- Trastornos de marcha y el equilibrio. “La función, la visión o la sensibilidad (transmitida desde los nervios de las piernas hasta el cerebro, que nos informa donde estamos), pueden ser factores importantes para que una persona sufra una caída” (Giber, 2014).

Son los problemas secundarios a múltiples enfermedades como trastornos circulatorios periféricos, enfermedades cardiovasculares, pulmonares, lesiones en áreas específicas del sistema nervioso central (áreas motoras) o secundario a un síndrome de caídas o de inmovilidad incrementando la debilidad muscular de los miembros inferiores, condición que se presenta en 50% de los ancianos que viven en la comunidad y 80% los institucionalizados. Es bien conocida la relación que existe entre el número de enfermedades y el riesgo de presentar caídas, siendo las enfermedades articulares degenerativas, depresión e incontinencia urinaria las asociadas con más frecuencia. (D'Hyver y Gutierrez, 2014).

- Hipotensión ortostática. Estrada (2012) menciona “Son episodios de disminución de la presión arterial diastólica y/o sistólica se acompañen o no de pérdida breve del conocimiento”. “Que se evidencia con un descenso de la tensión arterial al menos en 20 mm hg la sistólica y 10 mm hg la diastólica

durante los tres primeros minutos de ortostatismo” (Freeman et al 2011). “Debido a que la hipotensión ortostática se asocia a la morbimortalidad por inestabilidad, síncope, fracturas y accidentes, esta debe de ser detectada sobre todo priorizando a los grupos de riesgo (Vinyoles, 2012).

- Enfermedades crónicas. Dentro de los cuales las más comunes “La demencia es considerado el termino más común utilizado para describir un deterioro en la habilidad mental, lo suficiente fuerte para interferir en la vida diaria” (Godson, Iyama, y Skub, 2018). Como ejemplo tenemos el Parkinson. “Es un proceso crónico que pertenece a un grupo de trastornos que tienen su origen en la degeneración y muerte progresiva de un tipo de neuronas, las dopaminérgicas, cuyo neurotransmisor primario es la dopamina (Mollinedo y Cancela, 2018). Los posibles causantes de caídas en relación al Parkinson son la discinesia a causa de antiparkinsonianos como el levodopa, y la festinación de la marcha.
- Déficit sensorial. La vejez trae consigo la hipoacusia y la disminución de la visión. “Ya que mantienen en desventaja a los pacientes para interactuar con su ambiente, principalmente si este es desconocido, y en combinación con los factores ambientales son la principal causa del desarrollo de accidentes” (D'Hyver et al, 2014).
- Alteraciones oculares: las patologías oculares en la ancianidad se hacen presentes.

La disminución de la agudeza visual, de la capacidad de acomodación, de la visión cercana, de la nocturna y de la periférica, así como la disminución de la tolerancia a

la luz brillante las principales causas de déficit visual incluyen: cambios en el cristalino, en la retina, en la cornea y pues las patologías oculares de especial incidencia en el adulto mayor son. Cataratas, retinopatía, glaucoma, degeneración macular. (Rodriguez, 2006)

- Alteraciones auditivas: También llamado hipoacusia.

Los problemas auditivos suelen notarse como un estigma social o malinterpretarse como una parte común del envejecimiento, lo que evita la búsqueda de atención médica, por lo que origina discapacidad y limitación funcional en las esferas socio-familiar, psicológica y cognoscitiva. (Instituto Mexicano del seguro social, 2013)

Además la pérdida del equilibrio relacionada con la edad, puede ocurrir como resultado de osteoporosis con cumulo de calcio en el órgano de corti; además puede ocurrir por traumatismos, infecciones del oído y por consumo de fármacos como furosemida, aspirina, aminoglucosidos, etcétera. (Gonzales et al 1999)

- Extremidades (ictus). El ictus o enfermedad cerebrovascular que incluye a todas aquellas enfermedades que afectan al cerebro. “Están causadas por un trastorno de circulación cerebral según su naturaleza pueden ser ictus isquémico o infarto cerebral e ictus hemorrágico o hemorragia cerebral” (Alvarez y Masjuan, 2013).

Por otro lado Castillo y Jimenez (2015) afirman:

Es una enfermedad que se origina por un trastorno brusco de la circulación sanguínea produce que una región determinada del cerebro deje de funcionar

rápidamente, y los síntomas consisten en una pérdida de fuerza o sensibilidad en una mitad del cuerpo, dificultad para hablar o comprender el lenguaje, pérdida de visión o dificultad para caminar.

El Observatorio del ictus (2016) lo define. “conjunto de enfermedades que afectan a los vasos sanguíneos que suministran la sangre al cerebro. Este grupo de patologías, conocidas popularmente como embolias, también se denominan accidentes cerebrovasculares y se manifiestan súbitamente”.

Esta patología facilita la aparición de caídas el dolor, la inestabilidad articular y la aparición de posiciones articulares viciosas como patologías del pie: artrosis, procesos inflamatorios, hallux valgus, dedos en garra, deformidades de las uñas, problemas isquémicos o neurológicos, etc. (Villar et al 2007)

- Uso de fármacos. “El consumo de fármacos suele ser muy frecuente en esta población, aproximadamente el 80% de los adultos mayores recibe algún fármaco y el 60% recibe dos o más fármacos. Existe además la tendencia a la automedicación y al incumplimiento terapéutico” (Sgaravatti, 2011).

Tranquilizantes: “Muchos fármacos facilitan las caídas en los ancianos pueden inducir hipotensión ortostática, parkinsonismo y sedación y hay una relación directa entre la toma de hipnóticos y sedantes y el número de caídas en los ancianos” (Zarranz, 2013). “Los efectos secundarios consisten en somnolencia, confusión y ataxia puede desarrollar tanto tolerancia como dependencia, a veces se aprecia un aumento de la agresividad y de la ansiedad, todos los efectos secundarios son más notorios en el anciano” (Kumar y Clark, 2014).

Diuréticos: “Los diuréticos pueden producir cansancio, alteraciones en el riñón y, como ya se ha expuesto, modificación de ciertos componentes de la sangre (pérdida de potasio y sodio por la orina)”, (Bover y Moreno, 2016).

Los diuréticos causan somnolencia, debilidad y cansancio, lo que claramente es un indicador de riesgo de caídas (Mandal, 2014).

Hipotensores: la disminución de la presión arterial si control por medicamentos podría ocasionar sincopes y producir debilidad.

Anti parkinsonianos: los efectos secundarios incluyen hipotensión, mareos, confusión, alucinaciones, sedación, somnolencias súbitas y visión borrosa (Parkinson's Disease Fundation, 2012).así también complicaciones motoras en forma de fluctuaciones y movimientos involuntarios o discinesias (Colegio oficial de farmaceuticos, 2016).

Antidepresivos: los antidepresivos cusan, “depleción de volumen, alteraciones electrolíticas, deterioro del estado de alerta, hipotensión postural y ortostática, disfunción vestibular, etc.” (Sgaravatti, 2011).

3.1.1.2. Factores extrínsecos. Muchos de los factores de riesgo de caída extrínsecos no son necesariamente vinculados al entorno, sino son producto de la interacción de agentes ambientales, las actividades de riesgo y la susceptibilidad del individuo, por lo que en ancianos vulnerables la ejecución de algunas actividades de la vida diaria puede ser peligrosa y crear caídas” (Sgaravatti, 2011).

“Las circunstancias en las que se produce una caída (factores situacionales) se relacionan con el desarrollo de las actividades cotidianas, sumadas a conductas riesgosas para el paciente”, (Giber, 2014). Dentro de ellos podemos encontrar por ejemplo:

- Mobiliario inestable. La existencia de muebles inestables en el domicilio del adulto mayor representa un grave factor de riesgo de caídas a falta de equilibrio físico.
- Mala iluminación. La iluminación inadecuada dificulta la visión y capacidad de las personas para ver los peligros. (Instituto nacional para la seguridad y salud ocupacional, 2015). “Si bien, el ser humano tiene una gran capacidad para adaptarse a las diferentes calidades lumínicas, una deficiencia en la misma puede producir un aumento de la fatiga visual, una reducción en el rendimiento, un incremento en los errores y en ocasiones incluso accidentes”, (Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo, 2015).

Algunos efectos de la iluminación inadecuada según: (Montero, 2015)

- Suelos irregulares y resbalosos. Los resbalones y tropiezos ocurren por la pérdida de tracción entre el zapato y la superficie o por un contacto accidental con un objeto. (Mittman, 2016). Los topes que estén mal colocados pueden ocasionar resbalones y caídas. (Ziegler, 2016).
- Calzados inadecuados. Mala elección del calzado pueden contribuir a accidentes de resbalón y caída (Flaxman Law Group, 2012)

- Baños peligrosos. Si los revestimientos de los suelos de mármol y granito son pulidos y abrillantados resbalan (Pastor, 2016). En la ducha es muy esencial que tenga barras de apoyo, pues es el lugar más resbaloso del baño y del hogar entero (Red de baños platinum, 2016).
- Costumbres peligrosas. El caminar descalzo, usar jabón de tocador, subirse en sillas, mesas o escaleras, realizar giros y movimientos bruscos del cuello o del cuerpo, cambios intempestivos de postura, esfuerzos físicos excesivos para la edad, alcoholismo, dieta incorrecta, uso de calzado inadecuado, pueden ocasionar muchos episodios de caída, (Alvarez L. , 2015).

Giber (2014) menciona que, “la utilización inadecuada de los sistemas de ayuda para caminar (bastones, andadores, etc.) También puede incrementar el riesgo de caerse, al igual que los sistemas para sostener a las personas internadas en geriátricos u hospitales, pues la persona puede caer al intentar zafar de ellos”.

2.1.2. Consecuencias de las caídas del anciano.

2.1.2.1. Físicas. Las lesiones de tejidos blandos, hematomas, las fracturas de caderas, fracturas de muñeca, hematomas subdurales, heridas contuso cortantes, quemaduras en la ducha por caídas accidentales y la permanencia extensa en el piso por caídas causa hipotermia siendo este un factor importante en la morbilidad de la persona, (Moyano, 2012).

- Fractura de cadera: una de las más peligrosas, ya que al perjudicarse el fémur, podría ocasionar inmovilidad posteriormente. De acuerdo a la magnitud

de la caída, puede ser necesaria la realización de una cirugía, la cual también dificultaría la movilidad.

- Fractura en extremidades superiores: Las personas adultas mayores e fracturan con más frecuencia, el húmero, el radio y el cúbito. Este tipo de fracturas causa dolor, hinchazón, deformidad y limitación del movimiento.
- Fractura de columna: Las vértebras sufren traumas, puede ocurrir por una caída o por patologías como osteoporosis o cáncer (Dominguez, 2013).

La dificultad para levantarse se produce en el 50% de los casos, y el 10% permanece en el suelo más de una hora, lo cual puede provocar deshidratación, infecciones y trastornos psicológicos, y en algunos puede producirse un cuadro de hipotermia capaz de generar la muerte en el 90% de los casos (Alvarez L. , 2015).

2.1.2.2. Psicológicas. Se habla de un "síndrome post caída", típico de mujeres con caídas de repetición, en las que el miedo a caerse de nuevo incapacita para la marcha. También cambia la actitud de la familia que suele hacerse más sobreprotectora. Se incrementa también tras las caídas el riesgo de institucionalización. (Fajardo, 2015). El miedo a padecer una nueva caída, como la pérdida de confianza para desarrollar una determinada actividad sin caerse (Gandoy-crego et al. 2011).

2.1.2.3. Económicas. Se generan gastos directos e indirectos, pues; los adultos mayores que han sufrido una o más caídas visitan frecuentemente a su médico, van más a los servicios de urgencias, hay un incremento en la admisión de hospitales y residencias geriátricas (Villar et al. 2007).

2.1.2.4. *Sociales*. Se evidencia pérdida de la independencia, confianza y privación social en el adulto mayor que sufre la caída (Martinez & Exposito, 2018).

2.1.2.5. *Aumento de mortalidad*. La mortalidad de una caída se relaciona con la edad avanzada, sexo femenino, tiempo prolongado de estancia en el suelo tras la caída, pluripatología, polimedicación y deterioro cognitivo. La posibilidad de fallecer por cualquier causa en los dos años siguientes a una caída se duplica con respecto a los ancianos que no se caen, sobre todo si se trata de mujeres (Villar et al. 2007).

2.2. Capacidad funcional. Cadena (2016) define la capacidad como la facultad presente en una persona, para realizar las actividades de la vida diaria, sin necesidad de supervisión, es decir, la capacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles en la cotidianidad, dentro de un amplio rango de complejidad. Así mismo, Mendes y Glazer (2008) mencionan que la capacidad funcional es el potencial que las personas mayores tienen para decidir y actuar de manera independiente, en su vida diaria.

Definida así también como conjunto de habilidades físicas, mentales y sociales que permiten al sujeto la realización de las actividades que exige su medio y/o entorno por (Leon, 2011).

El proceso de envejecimiento se acompaña de disminución de las funciones generales del organismo (Leite, Castioni, Kirchner y Hildebrandt, 2015).

Daza (2007) define la capacidad funcional como “conjunto de tareas que componen el desempeño normal y autónomo de un individuo, su actuación ocupacional y su interacción social, teniendo en cuenta las demandas que le plantea su medio ambiente y la sociedad en la que se desarrolla”. La Organización Panamericana de la salud

[OPS] (2004) menciona que los problemas de la salud y cambios normales de la senectud se manifiestan como decadencias en el estado funcional, que de no ser tratados, estos podrían encauzar circunstancias de incapacidad severa. Conforme progresa el nivel de deterioro funcional, se acrecienta el riesgo de mortalidad, la cifra de ingresos hospitalarios, la estancia media, complicaciones, visitas médicas, consumo de fármacos, riesgo de institucionalización y necesidad de recursos sociales según lo mencionado por (Moreno et al, 2013). Carazco (2001) menciona que los sistemas del cuerpo se ven alterados, coadyuvados por el envejecimiento, propiciando así la disminución de la capacidad funcional en las labores del diario vivir.

La capacidad funcional de un individuo se puede medir mediante la respuesta a la realización de actividades básicas cotidianas como por ejemplo: la realización del baño o ducha, el vestido, el uso del retrete, la movilidad en la cama y la silla, el control de los esfínteres urinarios y fecales y la realización de la alimentación.

2.2.1 Factores que determinan la capacidad funcional.

2.2.1.1. Factores fisiológicos.

- Estado cognitivo: D'hyver y Gutierrez (2014) mencionan que las funciones cognitivas presentan una serie de cambios que ante la presencia de enfermedades y un ambiente provisto de estímulos puede traducirse en deterioro cognitivo, definido como todo trastorno de las capacidades mentales superiores (memoria, razonamiento, abstracto, concentración y atención) que conlleva a una serie de limitaciones en la autonomía.

- Deterioro físico: la actividad física principalmente la marcha suele disminuir a partir de los 30 años debido a los cambios en el control muscular y a las alteraciones articulares, en los ancianos mayores de 80 años y sanos suele deberse a deficiencias cardiovasculares, musculo-esqueléticas y sensoriales. Con el tiempo, la marcha se caracteriza por mínima elevación del pie e identificación de los movimientos. Asimismo, la disminución de potencia muscular en pelvis y cadera, y la disminución de elasticidad en los músculos, tendones y articulaciones (Díaz de León, 2011). Todos los cambios producidos en los órganos como efecto del envejecimiento, determinan una pérdida de función de forma gradual y progresiva y, consecuentemente, una disminución de la máxima capacidad funcional, lo que traduce el deterioro progresivo en la funcionalidad del individuo adulto mayor (Rocha, 2013).

- Déficit sensorial: D'hyver y Gutierrez (2014) mencionan que “los problemas visuales y auditivos en el adulto mayor limitan en alguna medida la realización de muchas actividades de la vida diaria, pudiendo generar dependencia”.

2.2.1.2. Factor patológico. “La enfermedad es un cambio en la estructura o funcionamiento de un órgano o sistema, resultando de un proceso patológico, que causa dificultades en relación con la capacidad del individuo para desempeñar las funciones y obligaciones que se esperan de él, es decir, es incapaz de seguir realizando sus actividades habituales y no puede mantener las acostumbradas relaciones con los demás, no puede mantener los niveles de independencia y autonomía” (D'hyver y Gutierrez, 2014).

2.2.1.3. Factor social. Giber (2014) refiere que como resultado de la caída y del miedo a caerse, muchas personas se tornan más introvertidas, se retraen y modifican

sus hábitos, sus expectativas vitales y, en general, su actitud frente al futuro y a su entorno. La consecuencia de este proceso es el deterioro paulatino que puede, finalmente, llevar a la invalidez. Sanchez (2015) menciona que el aislamiento social se ha asociado con una menor capacidad funcional y mayor dependencia, mientras que la pertenencia a grupos sociales correlaciona con la realización de actividades de la vida diaria. Por lo tanto, parece que el apoyo social es una barrera protectora frente a los procesos de discapacidad y dependencia. De tal manera las estrategias de afrontamiento tienen una huella en el adulto mayor, hablando de la actividad social, pues cuando se encuentra habituado funciona mejor a nivel social, tiene más recursos para valerse por sí mismo y tiene un mejor rendimiento intelectual (Galan y Camacho, 2012).

2.2.1.4 Factor psicológico. El miedo a caer es un síntoma frecuente, tanto en las personas que se cayeron como en aquellas que sin haberse caído sienten miedo de que les suceda. Por este motivo, suelen limitar sus actividades, modificar conductas y, en algunos casos, hasta cambiar la forma de caminar (Giber, 2014). En el aspecto moral se refiere a lo que sienten las personas sobre ellas mismas y sobre sus condiciones de vida, guarda en cierto sentido relación con la felicidad manifiesta, la satisfacción y el bienestar subjetivo, donde las emociones de cada acontecimiento varían en medida que este se desarrolla y el resultado refleja las evaluaciones realizadas sobre el menor o el mayor logro de los objetivos del individuo y el grado de satisfacción por sus rendimientos (Galan y Camacho, 2012).

La depresión también se la relacionado con el inicio y los cambios en la dependencia. Cuando la persona presenta un estado de ánimo deprimido, disminuye su motivación

para realizar conductas que mantienen su capacidad funcional (Sanchez, 2015). En la sociedad actual la vejez se considera como una etapa donde la disminución de la capacidad funcional y la pérdida de un rol social o de la participación en la comunidad determinan y caracterizan a las personas mayores. Sin embargo, es de importancia recalcar la idea de que la experiencia y los logros alcanzado por una persona en esta etapa del ciclo de vida, y logran la sensación de satisfacción del trayecto de vida mismo (Rodriguez, 2011).

La disminución en la capacidad funcional está unida a una pobre percepción del estado de salud, existiendo una tendencia entre los ancianos a minimizar los problemas de salud y a considerar muchos de los síntomas que presentan como parte del proceso de envejecimiento (Morales y Leandro, 2009).

3. Modelo Teórico de Enfermería

De acuerdo al contenido de esta investigación, se deduce que, en el contexto de las teorías de enfermería, las más relacionadas a este trabajo de investigación son; la teoría del entorno de Dorotea Orem que la compone por dos teorías relacionadas entre sí: la teoría del autocuidado y teoría del déficit de autocuidado (alimentación, baño, higiene, vestido, administración de medicamentos relacionada con un deterioro de autocuidado).

3.1. Modelo del entorno: Dorotea Orem Prado et al (2014) menciona que, “La salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo del ser humano como una

unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. El hombre trata de conseguir la salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo”.

3.1.1. Metaparadigmas. Prado y otros (2014) mencionan los siguientes paradigmas de Dorotea Orem.

3.1.1.1. Entorno. Es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona.

3.1.1.2. Persona. Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.

3.1.1.3. Enfermería. Servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto, es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

4. Definición de términos

- Síndrome: conjunto de signos y síntomas.
- Caídas: suceso o precipitación involuntaria del sujeto contra el piso.

- Síndrome de caídas: comorbilidad que implica una carga importante en los adultos mayores.
- Capacidad funcional: son un conjunto de aptitudes ya sea, social, física o mental que intervienen en las actividades cotidianas de la vida diaria.
- Adulto mayor: persona que posee más de 65 años de edad, o persona de la tercera edad.

Capítulo III

Materiales y métodos

1. Diseño y tipo de investigación

Teniendo en cuenta la naturaleza del problema y los objetivos del estudio, este es de enfoque cuantitativo, diseño de investigación no experimental de tipo descriptivo-correlacional de corte transversal, ya que reseña las características de un fenómeno existente (caídas) y podría responder a preguntas acerca de la relación entre variables o sucesos (Salkind, 1999), en este caso proporciona indicio de la relación que podrían existir entre las variables: síndrome de caídas y capacidad funcional en el adulto mayor.

2. Delimitación geográfica y temporal

La investigación se realizó en el programa de salud del adulto mayor del Centro de Salud La Revolución (Juliaca, Puno) ubicado en av. Triunfo nº 461 del pueblo joven La Revolución, que limita con calle Coropuna, Jr. Huandoy y Jr. Yungay.

Esta institución cuenta con los servicios de medicina general, control de crecimiento y desarrollo, inmunizaciones, odontología, nutrición, PCT., psicología, planificación familiar y consultorio obstétrico, laboratorio clínico, farmacia y otros.

El personal que labora en el Centro de Salud la Revolución está constituido por 3 médicos generales, 12 enfermeras, 2 nutricionistas, 1 psicólogo, personal técnico y auxiliar de enfermería así como personal administrativo y limpieza.

El programa de salud del adulto mayor está bajo responsabilidad de una enfermera.

La presente investigación se realizó entre los meses de diciembre de 2016 a febrero de 2017.

3. Población y Muestra

3.1. Población.

La población de estudio estuvo constituida por los adultos mayores que pertenecen al programa de salud del adulto mayor, que estuvo constituido por 73 inscritos, que se reúnen una vez por mes.

La población que acudía a las reuniones mensualmente en el centro de salud provienen de la región de Puno con un nivel socioeconómico y cultural principalmente bajo.

Los adultos mayores pertenecientes al programa son 73, de los cuales solo los asistentes a la reunión fueron tomados como muestra, ya que no todos asisten.

3.2. Muestra. La técnica del muestreo fue, no probabilístico por conveniencia ya que los adultos inscritos al programa son 73 de los cuales solo 46 asistieron a la reunión.

- Criterios de inclusión: Adultos mayores asistentes a la reunión, adultos mayores que por lo menos hayan presentado 1 caída, adultos mayores que deseen participar del estudio.

- Criterios de exclusión: Adultos mayores sin ninguna caída, adultos mayores que no deseen participar del estudio.

4. Hipótesis de la investigación

Ha: Existe relación directa y significativa entre el síndrome de caídas y la capacidad funcional.

5. Identificación de variables

Variable 1: Síndrome de caídas

Variable 2: Capacidad funcional

Tabla 1

Operacionalización de Variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala
Síndrome de caídas	Es	la Persona mayor	Caídas	Caídas previas	Si-1 No-0
	consecuencia de	que cae al suelo			
	cualquier	como		Uso	de Tranquilizantes,
	situación	que consecuencia de		medicamentos	sedantes-1
	precipite	al un factor			Diuréticos
	adulto mayor	al intrínseco o			Hipotensores no
	suelo	extrínseco este se			diuréticos-1
	(Organización	puede medir con			Antiparkinsonianos
	Mundial de la	la escala de			antidepresivos-1
	Salud, 2015).	valoración de		Déficit	Ninguno-0
		riesgo de caídas		sensoriales	Alteraciones
		de Downton.			visuales-1
		Según los			Alteraciones

siguientes niveles:					auditivas-1			
Riesgo bajo 0-2					Estado mental		Orientado-1	
pts.					Confuso-0			
Riesgo medio 3-4 pts.					Tipo deambulaci3n		Normal-0	
Riesgo alto 5-9 pts.							Segura con ayuda-1	
							Insegura con ayuda-1	
							No deambula-1	
Capacidad funcional	Conjunto de		La capacidad		Capacidad		-se ba1a	
	habilidades de				funcional		Independiente-0	
	físicas, mentales		desenvolvimiento				Dependiente-1	
	y sociales que		aut3nomo				Independiente-0	
	permiten al respecto		a				Dependiente-1	
	sujeto la actividades de la		realizaci3n de las vida cotidiana la				Independiente-0	
					-control de		Independiente-0	

actividades que cual se puede	micción y Dependiente-1
exige su medio medir mediante la	defecación
y/o entorno valoración de las	-se alimenta Independiente-0
(Leon, 2011) actividades de la	Dependiente-1
vida diaria, el	
índice de katz.	
Se mide según	
los siguientes	
niveles:	
Incapacidad	
leve 0-1 pts.	
Incapacidad	
moderada 2-3 pts.	
Incapacidad	
severa 4-6 pts.	

7. Técnicas de recolección de datos

Para el efecto de la recolección de datos se seleccionó como técnica la entrevista y como instrumentos a utilizar: la escala de valoración de Downton que valora el riesgo de caídas, y la escala de valoración de Kats para evaluar la capacidad funcional; considerándose a estos como medios efectivos de recolección de datos reales sobre el presente estudio.

8. Instrumentos de recolección de datos

La estructura de la escala de valoración de Downton fue elaborada por Downton la cual presenta de 6 ítems que consta de preguntas cerradas tiene en cuenta si hubo o no caídas previas, las causas que la han producido o los factores de riesgo que presenta en este sentido cada paciente y la edad, asignando a cada punto un valor de 0 o 1. El síndrome de caídas y su escala de medición fue como a continuación se presenta.

- Bajo riesgo = 0 a 2 pts.
- Mediano riesgo = 3 a 4 pts.
- Alto riesgo = 5 a 9 pts.

Para la variable capacidad funcional se utilizó la escala de valoración de Kats que fue elaborado por Kats, la cual posee de 5 ítems que consta de preguntas cerradas, para medir la variable capacidad funcional se puede puntuar de dos formas. Un considerando los ítems individualmente de manera que se den 0 puntos cuando la actividad es realizada de forma independiente y 1 punto si la actividad se realiza con ayuda o no se realiza.

De una manera convencional se puede asumir la siguiente clasificación:

- 0 - 1 puntos = ausencia de incapacidad o incapacidad leve.
- 2 - 3 puntos = incapacidad moderada.
- 4 - 6 puntos = incapacidad severa.

6.1. Validez y confiabilidad. Se realizó evaluación de la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo, así como la consistencia interna del instrumento por medio de la prueba Kuder-Richardson (KR) y resumen de curvas ROC, mediante el programa estadístico SPSS® versión 15 y Epidat 3.1 de lo cual se obtuvo consistencia interna por KR de 0.92, sensibilidad de 86.92, especificidad de 99.4, valor predictivo positivo (PP) 99.56, y valor predictivo negativo (PN) 81.52, con un índice de confianza del 95%.

La confiabilidad se determinó con la ejecución de la prueba piloto donde se aplicó la primera versión de la escala J. H. Downton modificada por la investigadora con 30 pacientes pediátricos. Para así, validar la claridad, la lógica y la apariencia del instrumento y se obtuvo la confiabilidad a través de la fórmula kuder-richardson, obteniéndose un índice de fiabilidad de 0.92.

La validez del segundo instrumento que es para valorar capacidad funcional en el adulto mayor (katz), índice que creado en el año 1958 por un equipo multidisciplinar dirigido por S. Katz que hallaron coeficientes de correlación entre 0.73 y 0.98 y con una concordancia próxima al 80%, siendo mayor en los pacientes menos deteriorados.

7. Proceso de recolección de datos

Se solicitó el permiso a través de una carta enviada por la coordinación de la E.P. Enfermería, solicitando el permiso para la ejecución de los instrumentos de la investigación

Se informó y orientó a la persona adulta mayor acerca del instrumento antes de su aplicación, el cual se realizó en un periodo de 1 mes (enero) el que se aplicó en la reunión que se lleva acabo mensualmente, la aplicación tuvo una duración de aproximadamente 15 min por cada entrevista.

Procesamiento de Datos

Se aplicó la prueba estadística de correlación r-Pearson. Los datos se procesaron de forma manual mediante un sistema de tabulación. Los resultados se presentaron en tablas de distribución de frecuencia, así como las tablas de correlaciones que deriven del análisis de datos por el programa SPSS.

8. Consideraciones éticas

Se solicitó permiso mediante una carta a la jefatura del puesto de salud, se les explico a los adultos mayores sobre el tema de investigación, y sobre las encuestas a llenar antes de aplicar el instrumento. La información fue procesada en conjunto y confidencial

Capítulo IV

Resultados y discusión

1. Resultados

Tabla 2

Nivel de Riesgo de Caídas de los adultos mayores del Centro de Salud La Revolución 2017.

Nivel	n	%
Riesgo bajo	3	6,5
Riesgo mediano	14	30,4
Riesgo alto	29	63,0
Total	46	100,0

Según la tabla 2, se observa que 63% de los participantes presenta alto riesgo de caer, de igual forma, 30,4% presenta un mediano riesgo de caer, y tan solo 6,5% presenta bajo riesgo de caer.

Tabla 3

Nivel de capacidad Funcional de los adultos mayores del Centro de Salud La Revolución 2017.

Nivel	n	%
Ausencia de incapacidad o incapacidad leve	6	13,0
Incapacidad moderada	21	45,7
Incapacidad severa	19	41,3
Total	46	100,0

En la tabla 3 se observa que 45.7% de los participantes presenta una incapacidad funcional moderada, de igual forma, 41.3% presenta un nivel de incapacidad severa, y tan solo 13.0% presenta ausencia de incapacidad.

1.2. Prueba de hipótesis.

Comportamiento de la variable según el grafico de dispersión:

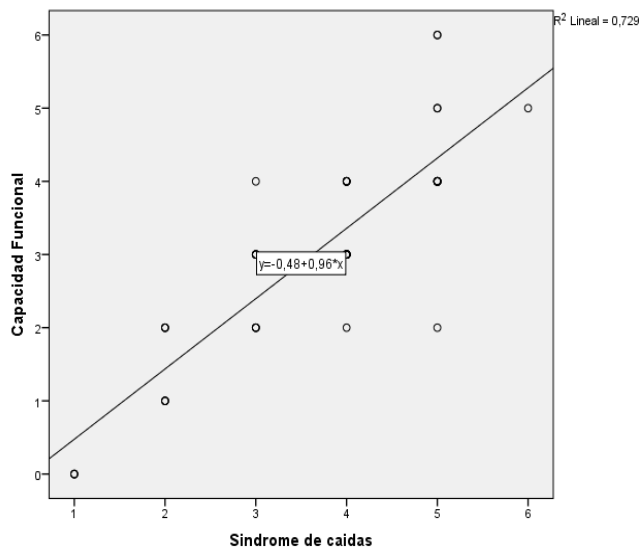


Figura 1. Dispersión de las Variables Capacidad Funcional y Riesgo de Caídas.

La figura 1 evidencia una distribución directa, no existiendo mucha dispersión entre los puntos, lo cual permite afirmar que existe una correlación entre las variables.

1.3. Coeficiente de correlación y determinación de Pearson.

Tabla 4

Análisis de Correlación entre el Síndrome de Caídas y la Capacidad Funcional

Variables		Síndrome de caídas	de Capacidad funcional
Síndrome de caídas	Correlación de Pearson	1	,854**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	46	46
Capacidad funcional	Correlación de Pearson	,854**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	46	46

****.** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Según la tabla 3 el análisis de correlación determina la existencia de una correlación directa entre la capacidad funcional y el síndrome de caídas, esto se evidencia pues el coeficiente de Pearson está representado por un valor de $r = ,854^{**}$; así mismo, esta relación estadística viene a ser significativa pues el valor de $p < 0.05$. Aceptando así la hipótesis alterna.

1.3.1. Estadístico de prueba.

1.3.1.1. Formulación de hipótesis.

Ha: Existe relación entre el síndrome de caídas y la capacidad funcional en adultos mayores del Centro de salud la revolución.

Ho: No existe relación entre el síndrome de caídas y la capacidad funcional en adultos mayores del Centro de salud la revolución.

Tabla 5

La Capacidad Funcional sobre el Baño de los adultos mayores del Centro de Salud La Revolución

	n	%
Independiente	24	52,2
Dependiente	22	47,8
Total	46	100,0

En la tabla 5 se observa, 52,2% de los adultos mayores son independientes, 47,8% es dependiente y necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo. Por lo tanto, más de la mitad de los

adultos mayores no necesita ayuda para lavar una zona (como espalda o una extremidad con minusvalía).

Tabla 6

La Capacidad Funcional sobre el Vestido de los adultos mayores del Centro de Salud La Revolución

	n	%
Independiente	35	76,1
Dependiente	11	23,9
Total	46	100,0

Según la tabla 6 se observa, 76,1% de los adultos mayores es independiente, 23,9% es dependiente y no se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido, por lo tanto, más de la mitad de la muestra coge la ropa de cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse.

Tabla 7

La capacidad funcional sobre el uso del inodoro de los adultos mayores del Centro de Salud La Revolución

	n	%
Independiente	19	41,3
Dependiente	27	58,7
Total	46	100,0

En la tabla 7 se observa, 58,7% de los adultos mayores es dependiente, 41,3% es independiente y va al inodoro solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretores.

Lo que quiere decir que casi la mayor parte de la población depende de la ayuda de alguien para hacer uso del retrete.

Tabla 8

La Capacidad Funcional sobre el Movimiento de los adultos mayores del Centro de Salud La Revolución

	n	%
Independiente	7	15,2
Dependiente	39	84,8
Total	46	100,0

Según la tabla 8 se observa, 84,8% de los adultos mayores es dependiente, 15,2% es independiente y se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo. O sea que, casi la mayoría de la población necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos.

Tabla 9

La Capacidad Funcional sobre la Continencia de los adultos mayores del Centro de Salud La Revolución

	n	%
Independiente	6	13,0
Dependiente	40	87,0
Total	46	100,0

En la tabla 9 se observa, 87% de adultos mayores presenta incontinencia parcial o total de la micción o defecación. 13% controla completamente la micción i defecación.

Tabla 10

La Capacidad Funcional sobre la Alimentación de los adultos mayores del Centro de Salud La Revolución

	n	%
Independiente	44	95,7
Dependiente	2	4,3
Total	46	100,0

Según la tabla 10 se observa, 95.7% de los adultos mayores es independiente y lleva el alimento a la boca desde el plato, 4,3% de la muestra en estudio necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral.

Tabla 11

El Síndrome de Caídas Sobre Caídas Previas de los adultos mayores del Centro de Salud La Revolución

	n	%
Caídas previas	46	100,0

Según la tabla 11 se observa, 100% de la muestra de adultos mayores ha presentado una o más caídas anteriormente.

Tabla 12

El Síndrome de Caídas sobre el Uso de Medicamentos de los adultos mayores del Centro de Salud La Revolución

	n	%
Ninguno	9	19,6
un medicamento	29	63,0
Dos medicamentos	8	17,4
Total	46	100,0

Según la tabla 12 se observa, 63% de los adultos mayores toma por lo menos un medicamento entre los que podrían ser: tranquilizantes, sedantes, diuréticos, hipotensores, anti parkinsonianos, antidepresivos u otros medicamentos. 19,6% no toma ningún medicamento y 17,4 toma dos tipos de medicamentos.

Tabla 13

El Síndrome de Caídas sobre el Déficit Sensorial de los adultos mayores del Centro de Salud La Revolución

	n	%
Ninguno	7	15,2
Un déficit	15	32,6
Dos déficit	24	52,2
Total	46	100,0

Según la tabla 13 se observa, 52,2% de adultos mayores presenta más de 2 alteraciones sensoriales ya sean visuales, auditivas o ictus, 32,6% presenta solo una alteración y 15,2% no presenta ningún déficit sensorial.

Tabla 14

El Síndrome de Caídas sobre el Estado Mental de los adultos mayores del Centro de Salud La Revolución

	n	%
Orientados	46	100,0

Según la tabla 14 se observa, el 100% de los adultos mayores en estudio se encuentra orientado.

Tabla 15

El Síndrome de Caídas sobre la Deambulaci3n de los adultos mayores del Centro de Salud La Revoluci3n

	n	%
Normal	30	65,2
Con ayuda	16	34,8
Total	46	100,0

Según la tabla 15 se observa, 65,2% de los adultos mayores deambula con normalidad y 34,8% deambula de manera segura pero con ayuda.

Respecto a los adultos mayores que acuden al programa de salud del adulto mayor se pudo evidenciar que en su mayoría son mujeres y de edad mayor a los 60.

2. Análisis y Discusión

De acuerdo al objetivo general del estudio, se evaluó la relación entre el síndrome de caídas y la capacidad funcional en adultos mayores del centro de salud la revolución, encontrando correlación estadística ($r= 0,854$) siendo significativa ($p < 0.05$) entre el síndrome de caídas y la capacidad funcional donde se puede evidenciar que los adultos mayores que presentan el síndrome de caídas tienen mayor incapacidad funcional. El 63 % de los participantes presenta alto riesgo de caer, además de que 45.7% de los participantes presenta una incapacidad funcional moderada, y 41.3% presenta un nivel de incapacidad severa. Estos resultados guardan similitud con los encontrados por Dávila & Palacios (2015), que reportaron relación directa entre la capacidad funcional y el riesgo de caída de los adultos mayores con un nivel estadístico significativo de ($p=0.001$), el 50% de adultos mayores tuvieron alto riesgo de caídas, en relación a la capacidad funcional, 72.5% tuvo dependencia moderada para las actividades básicas de la vida diaria y en las actividades instrumentales. Así también, Seminario (2018) encontró asociación entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas ($p<0.001$), el 40.9% de adultos mayores presento riesgo de caer, y otro 5.5% alto riesgo de caer, 44.5% de ellos presentaron dependencia moderada para la realización de actividades cotidianas. Así mismo, de manera similar Phele & Cespedes (2017), presentaron un estudio donde encontraron relación directa y significativa entre la funcionalidad y riesgo de caídas en la persona adulta mayor con la diferencia de que el grupo de estudio fueron adultos mayores institucionalizados en la casa fundación apaktone de puerto Maldonado, ellos hallaron Pearson de 0.034, donde 96.88% de los adultos mayores institucionalizados tuvieron alto riesgo de caídas, 3.13% mediano

riesgo de caídas, y 81.25% de personas adultos mayores son no funcionales. De manera similar Seminario (2018), aporta con un estudio de investigación donde la capacidad funcional está relacionada con el riesgo de caídas, observándose que mientras mayor es el grado de deterioro en el adulto, mayor es el riesgo de caídas, encontrando 46.6% de adultos mayores con riesgo y alto riesgo de sufrir caídas, 86.4% con disminución leve a total de su capacidad funcional instrumental, 64.5% disminución leve a moderada de su capacidad funcional básica. También, Phele y Cespedes (2017), encontraron 81.25% de adultos mayores no funcionales en relación al 15.63% que presentó alto riesgo de caer.

Se observa que los resultados guardan semejanza con otras investigaciones, en su mayoría van desde mediano y alto riesgo de caer hasta la incapacidad moderada y severa, esto predice que la población adulta mayor presenta muchos factores de riesgo de caídas intrínsecos y extrínsecos, además que el 100% de adultos mayores han tenido una o más caídas y ha notado un cambio considerable en la realización de las actividades cotidianas de la vida diaria, resumida en la escala de Kats que puntúa la capacidad funcional del adulto mayor. Es decir, a medida que avanza el envejecimiento, va en aumento el riesgo de caídas y por ende la disminución de la capacidad funcional.

En cuanto a las caídas previas, el 100% de los adultos mayores presentaron por lo menos una o más caídas anteriormente, estos resultados se contrastan con los encontrados por, Curcio et al (2009) quienes encontraron que los factores predisponentes de las caídas se ven relacionado con la movilidad siendo que 100% de

los encuestados ha presentado caídas previas. Además, Moreno, Moreno, & Valdivieso (2013) encontraron que 86,3% de la población mencionó haber tenido caídas. También Phele & Cespedes (2017) encontraron que los adultos mayores han tenido caídas previas en un 96,88. Se observa que hay similitud con otras investigaciones, esto quiere decir que la mayoría de adultos mayores han tenido una caída y viene a ser un antecedente y factor predisponente importante para volver a caer, por lo tanto un adulto mayor que ya ha presentado un episodio de caída, tiene más probabilidades de volver a caer, por tal motivo es importante prevenir las caídas y minimizar sus factores riesgo intrínsecos y extrínsecos.

En cuanto al uso de medicamentos en adultos mayores, más de la mitad de ellos toman algún tipo de estos, representado por el 63%. Estos resultados guardan similitud con los obtenidos por Phele & Cespedes (2017) quienes encontraron que 43.5% ingiere algún tipo de fármaco. Esto quiere decir que los ancianos en su mayoría los ingieren, ya sean antihipertensivos, antiparkinsonianos, diuréticos, benzodiacepinas, antipsicóticos o relajantes etc., por alguna patología, el consumo de fármacos representa un factor intrínseco de riesgo de caídas importante, debido a los efectos secundarios como, hipotensión, somnolencia, discinesias, letargia, etc.

En cuanto a déficits sensoriales en adultos mayores, más de la mitad de la muestra tiene 2 alteraciones sensoriales entre ellos, el visual y el auditivo, que es representado por 52.2%. Estos resultados son contrastados con los de Del aguila et al 2014) quienes encontraron que 83% presenta deterioro visual (visión baja), 48% déficit auditivo. Así también, Yerba (2017) halló que 72.73% de adultos mayores de su estudio tuvieron una mala funcionalidad de la audición y visión. Por otro lado, Phele & Cespedes (2017),

encontraron 25% de déficit sensorial en la parte visual y en tercer lugar déficit auditivo (9.38%). Se observa que, en todos los casos más de la mitad de los adultos mayores presentan algún déficit sensorial teniendo a los más comunes el visual y auditivo. La alteración de la visión causada por patologías como cataratas, enfermedades de la córnea, los ojos secos, glaucoma, trastornos de la retina etc., y alteraciones propias del envejecimiento como: presbicia, las manchas flotantes, el lagrimeo, vienen a formar parte de factores de riesgo intrínsecos de caída notable, esto por el evidente problema que representa a la hora de andar hacia un trayecto determinado. Por otro lado la alteración de la audición denominada presbiacusia debido al proceso de envejecimiento, juega un papel importante en la etiología intrínseca de accidentes, cuando se omiten avisos de alerta hablados o se distorsionan los sonidos. Por lo tanto es importante dejar de minimizar la disminución visual y auditiva para verla como etapa normal del envejecimiento para así tomar acciones y ser reforzados y tratados.

En cuanto al estado mental en adultos mayores, el 100% se encuentran bien orientados, este resultado guarda similitud con la investigación de Phele & Cespedes (2017) quienes encuentran a más de la mitad de su población orientada en un 62.50% y confuso 37.50%, por el contrario Yerba (2017), informa 59.09% de adultos mayores con un estado mental en la calificación de mala, un deterioro mental como el Alzheimer y el retardo mental, 34.09% tuvieron estado mental regular y 6.82% tuvieron estado mental malo. Al analizar el contraste con los demás resultados se observa que son más los adultos mayores orientados que responden a los instrumentos de evaluación, y los menos orientados se encuentran institucionalizados. El estado mental orientado, es un buen factor en la prevención de caídas, puesto que, un adulto mayor lucido y orientado

en tiempo espacio y persona es capaz de realizar sus actividades cotidianas, enfrentar el estrés, laborar y tributar a su sociedad. En cambio el estado mental deteriorado representa un obstáculo para la autonomía, esto podría deberse a cambios sociales (pobreza), estrés laboral, violencia física y psicológica, estilos de vida no saludables y de carácter biológico. Es preocupante saber que en la región de puno solo existe un centro de salud mental, que en su mayoría refiere los casos a Arequipa, y en centros de beneficencia pública estos pacientes no reciben el cuidado ni tratamiento adecuado por falta de especialistas.

En cuanto a la deambulaci3n en adultos mayores, m1s de la mitad puede desplazarse de manera normal, que es representada por 65.2%, aun as1 un buen porcentaje de 34,8% camina seguro pero con ayuda o apoyo, ya sea de una persona o un bast3n o andador. De modo contrario, Phele & Cespedes (2017) encontraron que 48,88% tiene deambulaci3n segura con ayuda, en tanto que 21,88% deambula de manera normal. Esto podr1a deberse a que el estudio se realiz3 con adultos mayores no institucionalizados, que pueden desplazarse de manera normal o con ayuda. La marcha insegura podr1a evidenciarse por disminuci3n de velocidad y a sincron1a de movimientos corporales. En su mayor1a, los pacientes institucionalizados que evidencia disminuci3n de la fuerza muscular tienen m1s probabilidades de desplomarse que uno que no lo est1. En la regi3n de puno se observa que, los adultos mayores desempe1an una mejor actividad f1sica ligada a actividades como la ganader1a o agricultura.

En cuanto a la realizaci3n del ba1o en adultos mayores, la mayor1a es independiente en un 52.2% y 47.8% es dependiente, de manera similar, Moreno et al, (2013) encontraron que 83,1% no recibe ayuda, 11,4% recibe ayuda en la limpieza de s3lo

una parte de su cuerpo, 5.4% recibe ayuda en el aseo de más de una parte de su cuerpo. Así también, Phele & Cespedes (2017) informaron que el 50% de los adultos mayores necesita colaboración para efectuar el aseo personal y la otra mitad es independiente. Se observa entonces que la mayoría de los ancianos puede realizar el baño de forma independiente, lo que es muy bueno para su autonomía. Es muy importante que el área donde se realiza el baño, este adaptado para el anciano, teniendo en cuenta los suelos antideslizantes, asideros o sillas especiales y estar pendiente ante un eventual accidente

En cuanto al vestido en adultos mayores, la mayoría es independiente representada por 76.1%, y la parte dependiente por 23.9%. De forma similar, Moreno et al (2013) demuestran que 85.4% toma la ropa y se viste completamente sin ayuda, 10.9% sin ayuda, excepto para atarse los zapatos y tan solo 3,7% recibe ayuda para coger la ropa, ponérsela o permanece parcialmente vestido. Es decir, la mayoría de los ancianos puede colocarse las prendas y un mínimo porcentaje no lo hace y es dependiente, claramente este es un punto positivo que favorece a la autonomía del adulto mayor, en su mayoría los dependientes son aquellos con déficit neurológicos, paraplejias, etc.

En cuanto al uso del retrete en adultos mayores, la mayoría es dependiente representada por 58.7%, y 41.3% es independiente. De igual manera, Phele & Cespedes (2017) muestran que 53.13% de su población es dependiente, en tanto que 37.50% es independiente. De manera contraria, Moreno et al (2013) informan que 90,6% de su población estudiada va al retrete, se limpia y ajusta la ropa sin ayuda, 8% recibe ayuda para ir al retrete, limpiarse, ajustarse la ropa o en el uso nocturno del

orinal y 1,4% no va al retrete. Por lo tanto, la mayoría es dependiente son pocos los independiente en este caso debería de resaltar la falta de apoyo como barandas en los baños ya que, en su mayoría utilizan silos y poco son los que tienen un ambiente de baño optimo que pueda evitar las caídas.

En cuanto a la movilidad en adultos mayores, la mayoría es dependiente representado por el 84.8%. Estos resultados son contrastados con resultados de Phele & Cespedes (2017) que proporcionan que 31.25% se mantiene independiente, 37.5% de adultos mayores necesita algo de ayuda para movilizarse entre la cama y la silla, 25 % requiere ayuda y 6.25% es no capaz de mantenerse sentado. Muy diferente a los resultados encontrados por Moreno et al (2013) donde 83.7% de su población entra y sale de la cama, se sienta solo y se levanta sin ayuda, 0,9% no se levanta de la cama. Hablamos de los desplazamientos que se realizan al sentarse o echarse en algún mueble del hogar. Se observa que la mayoría necesita ayuda para levantarse o echarse esto podría deberse a problemas musculo esqueléticos o miedo de caer.

En cuanto a la continencia en adultos, la mayoría es dependiente representada por 87%, de manera contraria Moreno et al (2013), demostraron que 75.4% controla completamente ambos esfínteres 22.3% presentan incontinencia ocasional y 2.3% necesita supervisión. Así mismo, Phele & Cespedes (2017) mencionan que 65.63% de adultos mayores son continentes, 26.13% han tenido accidentes excepcionales y 6.25% son incontinentes con la eliminación de heces. Pues los resultados de otros estudio muestran que la mayoría de los adultos mayores estudiados son continentes en cambio los adultos mayores a lo que estudie han presentado más de un accidente de incontinencia urinaria, y muy pocas veces la incontinencia fecal.

En cuanto a la alimentación en adultos mayores, la mayoría es independiente, del mismo modo, Moreno & Valdivieso (2013) reportan como resultados que 91.7% come sin ayuda. Así también, Phele & Cespedes (2017) informan que 76.12% de adultos mayores mantienen independencia para comer, cuando la comida se halla a la mano. Se observa que la mayoría los adultos mayores son independientes en la alimentación y se llevan el alimento a la boca desde el plato.

Capítulo V

Conclusiones y Recomendaciones

1. Conclusiones.

En relación a la hipótesis general a un nivel de significancia del 0,05% como el valor de $\text{sig.} = ,000 < 0.05$, existe correlación directa y estadísticamente significativa entre el síndrome de caídas y la capacidad funcional en adultos mayores del centro de salud la revolución Juliaca.

Frente a las caídas previas, la mayoría de los adultos mayores del Centro de Salud la Revolución Juliaca han tenido una o más caídas anteriormente

De acuerdo al uso de medicamentos, más de la mitad de adultos mayores del Centro de Salud la Revolución toma algún tipo de medicamento.

Frente al déficit sensorial, más de la mitad de los adultos mayores del centro de salud la Revolución tiene 1 o 2 alteraciones sensoriales específicamente el visual i auditivo.

Respecto al estado mental todos los adultos mayores del centro de salud la Revolución estudiados se encuentran bien orientados.

Frente a la deambulaci3n más de la mitad de los adultos mayores del centro de salud la revolución puede desplazarse de manera normal.

De acuerdo a la realización del baño la mayoría de adultos mayores del centro de salud la revolución es independiente.

Frente a la realización del vestido la mayoría de adultos mayores del Centro de salud la Revolución es independiente.

Respecto al uso del retrete la mayoría de adultos mayores del Centro de salud la Revolución es dependiente.

Frente a la movilidad la mayoría de adultos mayores del Centro de salud la Revolución es dependiente.

Frente a la continencia la mayoría de adultos mayores del Centro de salud la Revolución es dependiente.

De acuerdo a la alimentación la mayoría de adultos mayores del Centro de salud la Revolución es independiente.

2. Recomendaciones.

- Al personal de enfermería se le recomienda emprender acciones intervencionistas con el objetivo de reducir la incapacidad funcional relacionada al síndrome de caídas, brindando sesiones educativas, realizando visitas domiciliarias donde se hace el control de los factores de riesgo, realizando el VACAM (valoración clínica del adulto mayor correctamente.
- Para la escuela profesional de enfermería de la universidad peruana unión la realización de más estudios referentes al grupo de las personas adultas mayores, ya que son pocos los realizados hasta la actualidad.

- Para el Centro de salud la Revolución, se recomienda diseñar un programa de prevención de caídas para personas adultas mayores y realizar la gestión de un local de reuniones para la población de los adultos mayores pertenecientes al programa del adulto mayor.

Referencias Bibliográficas

- Alvarez, J., & Masjuan, J. (2013). *Comprender el Ictus*. Barcelona: Editorial Amat.
- Alvarez, L. (2015). Síndrome de caídas en el adulto mayor. *Revista medica de Costa Rica y Centroamerica* , 1-4.
- Bella, M., Esandi, N., & Carvajal, A. (2017). La prevención de caídas recurrentes en el paciente anciano. *Scielo*, 25-29.
- Bover, R., & Moreno, A. (2 de Marzo de 2016). *Farmacología cardiovascular*. Madrid.
- Busto, C. (2015). Aspectos forenses de la caída de altura. *Revista el cuerpo medico forense*.
- Cadena, C. (2016). *PsicoCentral Valoración y Orientación Psicológica*. Recuperado el 26 de Noviembre de 2016, de ¿qué es la capacidad funcional?:
<http://www.psicocentral.com/capacidad-funcional/>
- Camina, M., Perdomini, M., Picca, Y., & Pino, T. (4 de Junio de 2012). *El cuidado*. Recuperado el 5 de Diciembre de 2016, de Blogspot:
<http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/florence-nightingale.html>
- Carazo, P. (2001). Actividad física y capacidad funcional en el adulto mayor: el taekwondo como alternativa de mejoramiento. *Revista Educacion*, XXV(2).
- Castillo, J., & Jimenez, I. (2015). *Reeducación funcional tras un ictus*. Barcelona.
- Castro, E. (2005). *Prevalencia de caídas en anciano de la comunidad. factores asociados*. Tesis doctoral, Córdova.

- Cisneros, F. (2005). *Teorias y Modelos de Enfermeria*. Universidad del cuaca, Popayan.
- Colegio oficial de farmaceuticos. (1 de Abril de 2016). Enfermedad de Parkinson.
- Curcio, C. L., Gomez, F., Osorio, J. L., & Rosso, V. (2009). Caidas recurrentes en ancianos. *Scielo*, XXXIV(3), 110.
- Davila, L., & Palacios, G. (2015). *Relacion entre la capacidad funcional y el riesgo de caida que tienen los adultos mayores*. Lima.
- Daza, J. (2007). *Evaluacion clinico-funcional del movimiento corporal humano*. Bogota: Editorial Medica Internacional.
- Del aguila, C., Schermuly, L., & Yabar, P. (2014). *Sindromes geriaticos y capacidad funcional en adultos mayores del centro de salud 1-3 San Juan (MINSA) Iquitos 2014*. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, Iquitos, Peru.
- d'Hyver, C., & Gutierrez, L. M. (2014). *Geriatría* (Tercera ed.). Mexico: Editorial El Manual Moderno.
- d'Hyver, C., & Gutierrez, L. M. (2014). *Geriatría* (Tercera ed.). (R. Ossio, Ed.) Colombia: El Manual Moderno.
- Diaz de Leon, S. (2011). *Capacidad funcional, calidad de vida del adulto mayor y atencion de enfermeria en domicilio*. tesis de Maestria, Universidad Autonoma de san luis Potosi, Mexico.

Dirección de Personas Adultas Mayores. (2015). *Comisión Multisectorial*. Recuperado el 20 de Noviembre de 2016, de Población adulta Mayor, 2015:

<http://www.mimp.gob.pe/adultomayor/Estadisticas.html>

Dominguez, J. C. (2 de Junio de 2013). *Caídas y fracturas, una amenaza en la tercera edad*. Recuperado el 4 de Diciembre de 2016, de Sura Blog:

<https://www.sura.com/blogs/calidad-de-vida/caidas-fracturas-tercera-edad.aspx>

Estrada Gonzalez, R. (2012). Síncope e hipotensión ortostática. *Revista Cubana Medica*.

Fajardo, M. (24 de Agosto de 2015). *Caidas en el adulto mayor*. Recuperado el 12 de Diciembre de 2016, de Universidad virtual de salud:

<http://uvsfajardo.sld.cu/caidas-en-el-adulto-mayor>

Flaxman Law Group. (20 de Septiembre de 2012). Factores que contribuyen a los accidentes de resbalón y caída entre adultos mayores en la ciudad de Aventura.

Freeman, R., Wieling, W., Axelrod, F. B., Benditt, D. G., Bernarroch, E., Biaggioni, I., & et al. (2011). Consensus statement on the definition of orthostatic hypotension, neurally mediated syncope and the postural tachycardia syndrome. *Clin Auton Res*, 69-72.

Galan, S., & Camacho, E. (2012). *Estres y salud: Investigación básica y aplicada*. (S. Viveros, Ed.) Mexico: Editorial El Manual Moderno.

- Gandoy-Crego, M., Lopez-Sande, A., Valera Gonzalez, N., Lodeiro Fernandez, L., Lopez Martinez, M., & Millan-Calenti, J. (2011). Manejo del síndrome post-caída en el anciano. *Revista Redalyc.org*.
- Giber, F. (2014). *Manual para la prevencion de caidas en personas mayores*. Buenos Aires: NED ediciones.
- Godson, P., Iyama, A., & Skub, J. (2018). *Los ultimos dias de la demencia del alzheimer*. (C. Arreaza, Trad.)
- Gomez, D. (26 de Junio de 2018). *Los mayores de 60 años ya son el 11.9% de la poblacion, segun INEI*. Recuperado el 10 de Octubre de 2018, de <https://peru21.pe/economia/inei-mayores-60-anos-son-11-9-poblacion-411560>
- Gonzales, R., Rodriguez, M., Ferro, M., & Garcia, J. (1999). Caidas en el anciano. consideraciones generales y prevencion. *Revista cubana de medicina general integral*.
- Instituto Mexicano del seguro social. (2013). *Diagnostico y manejo del sindrome de privacion sensorial en el adulto mayor*. Mexico.
- Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo. (Diciembre de 2015). *Iluminacion en el puesto de trabajo*. Madrid.
- Instituto nacional para la seguridad y salud ocupacional. (21 de Enero de 2015). *Prevencion de resalones, tropezones y caidas de los trabajadores de la salud. Iluminacion inadecuada*. Estados unidos.
- Kumar, P., & Clark, M. (2014). *Manual de practica clinica*. España: Editorial Elsevier.

- Lazaro del Nogal, Sanchez Castellanos, C., Feijoo Lorza, R., Leon Garcia y M, A., & Montiel Carbajo, M. (2005). El anciano con perdida de equilibrio y caidas. En J. F. Macias Nuñez, F. Guillen Llera, & J. M. Ribera Casado (Edits.), *Geriatría desde el principio* (Segunda ed.). Editorial Glosa.
- Leite, M., Castioni, D., Kirchner, R., & Hildebrandt, L. (2015). Capacidad funcional y nivel cognitivo de adultos mayores residentes en una comunidad en el sur de Brasil. *Revista electronica trimestral de enfermeria*, 1-11.
- Leon, D. d. (2011). Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. *SCielo*, XXII(4).
- Lisigurski, M., Valera, L., & Ortiz, P. (2011). *Valoracion geriatrica integral en una poblacion de adultos mayores*. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Peru.
- Mandal, A. (23 de Abril de 2014). Efectos secundario diureticos. *News Medical life sciences*.
- Martinez, J., & Exposito, A. (2018). *Administracion publica y atencion sociosanitaria*. Madrid: ACCI ediciones.
- Mendes, M., & Glazer, K. (2008). Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brsil: um estudo de base populacional. *SCielo*, 1-2.
- Mittman, B. (8 de Junio de 2016). Todo Lo Que Hay Que Saber Acerca De Los Accidentes De Resbalón Y Caída En El Lugar De Trabajo. *Markhoff&Mittman, P.C.*

- Mollinedo, I., & Cancela, J. (2018). *Manual de aplicación del metodo pilates en enfermedad de parkinson*. España: Editorial Wanceulen.
- Montero, J. I. (29 de Abril de 2015). Mala iluminacion afecta la salud en el lugar de trabajo. *El Financiero*.
- Moraes, E. N. (2012). Avaliacao Multidimensional Do Idoso. En O. P.-A. Saúde, *ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO:Aspectos conceituais*. Brasilia.
- Morales, F., & Leandro, G. (2009). *Dependencia en geriatría: definicion, epidemiologia, diagnostico*. España: Editorial Univeridad salamanca.
- Moreno, G. A., Moreno, P. A., & Valdivieso, J. L. (2013). *Valoracion de la capacidad Funcional*. Ecuador.
- Moyano, A. (14 de Marzo de 2012). *Sanatorio Allende*. Recuperado el 4 de Diciembre de 2016, de Las caídas en los adultos mayores y sus consecuencias:
http://www.sanatorioallende.com/web/ES/las_caidas_en_adultos_mayores_y_sus_consecuencias.aspx
- Nieto, C., Nieto, L., & Jimenez, M. (2015). *Los efectos del trabajo en el personal sanitario*. Madrid: DYKINSON.
- Observatorio del ictus. (2016). Recuperado el 10 de Noviembre de 2016, de
<http://www.observatoriodelictus.com/index.php/que-es-un-ictus?showall=&start=2>

Organizacion Mundial de la salud. (16 de Enero de 2018). *Notas descriptivas*.

Recuperado el 18 de Abril de 2018, de Caidas: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>

Organizacion Mundial de la Salud. (s.f.). Guia de Diagnostico y Manejo. *Caidas*, 167-168.

Organizacion Panamericana de la salud. (2004). Modulos de valoracion Clinica. *Evaluacion Funcional del Adulto Mayor*.

Parkinson's Disease Fundation. (3 de Diciembre de 2012). Tratando el parkinson. *Comprendiendo la medicacion*. Estados Unidos.

Pastor, V. (28 de Mayo de 2016). Como Evitar Caidas y Resbalones con Suelos de Marmol y Granito.

Pastoral social Caritas Chile. (2013). Dignidad del anciano y su mision en la iglesia y el mundo. *"Por una vejez con dignidad"*. Chile.

Phele, Y., & Cespedes, Y. (2017). *Nivel de funcionalidad en relacion al riesgo de caidas de la perona adulto mayor institucionalizada en la casa acogida Fundacion Apaktone, Puerto Maldonado, 2017*. Universidad Nacional Amazonica de madre de Dios, Puerto Maldonado.

Prado, L., Gonzales, M., Paz, N., & Romero, K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Rev. Scielo*.

- Prado, L., González, M., Paz, N., & Romero, K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista médica Scielo*.
- Quiñonez, J. (2017). *Riesgo de caídas en los pacientes adultos mayores del hospital geriátrico de la policía San Jose, 2016*. Lima.
- Ramirez, F. (2014). *Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en adultos mayores en una unidad de medicina familiar*. Instituto Mexicano del Seguro Social, Cordova Veracruz.
- Red de baños platinum. (4 de Diciembre de 2016). *Asiderobaños.net*. Recuperado el 10 de Diciembre de 2016, de <http://www.xn--asiderobaos-9db.net/barras-de-bano-para-discapacitados/>
- Rocha, L. (2013). *La vejez en movimiento*. Buenos Aires: Editorial Dunken.
- Rodriguez, K. (2011). *Vejez y envejecimiento*. Univeridad del Rosario, Bogota.
- Rodriguez, N. (2006). *Manual de sociología gerontológica*. Barcelona: PUBLICACIONES 1 EDICIONS DE LA UNIVERSITAT DE BARCELONA.
- Salkind, N. (1999). *Metodos de investigacion*. Mexico: Editorial Prentice Hall.
- Sanchez, M. (2015). Cuidados de larga duracion y dependencia. En U. P. Madrid, & J. de la Torre (Ed.), *Bioetica y ancianidad en una sociedad de cambio* (pág. 139). Madrid: Editorial Kadmos.

- Seminario, M. (2018). *Capacidad funcional y riesgo de caidas en adultos mayores del centro integral de atencion al adulto mayor chulucanas, 2018*. Lima.
- Seminario, M. (2018). *Capacidad funcional y riesgo de caidas en adultos mayores del centro interal de atencion al adulto mayor Chulucanas, 2018*. Lima.
- Sgaravatti, A. (2011). Factores de riesgo y Valoración de las caidas en el adulto mayor. *Carta geriatrico gerontologica*, 9-14.
- Silva, J. r., Coelho, S. C., Pereira, T., Stackfleth, R., Marques, S., & Partenazi, R. A. (Septiembre de 2012). Caidas en el adulto mayor y su relacion con la capacidad funcional. *Revista Latino-Am. Enfermagen*.
- Silva, J., Porras, M., Guevara, G., Canales, R., Coelho, S., & Partezani, R. (2014). Riesgo de caidas en el adulto mayor que acude a dos Centros de dia Lima, Peru. *Redalyc.org*, 1-8.
- Stalenhoef, P., Diederiks, J., Kottnerus, A., Witte, L., & Crebolder, H. (2000). The construction of a patient record-based risk model for recurrent falls among elderly people living in the community. *Oxford journals*, XVII.
- Terra, L., Vitorelli, K., Inacio, M., Mendez, M., Da silva, J., & Ribeiro, P. (Marzo de 2014). Evaluación del riesgo de caídas en las personas mayores: ¿cómo hacerlo? *SCielo*, XXV(1).
- Valera, L. F. (2012). Valoracion geriatrica integral (VGI). En E. Penny, & F. Melgar, *Geriatría y gerontología para el medico internista* (Primera ed., págs. 145-158). Peru: Editorial la Hogera.

- Villar San Pio, T., Mesa, M., Esteban, A., Sanjoaquin, A., & Fernandez, E. (2007).
Alteraciones de la marcha, inestabilidad y caídas. En S. E. Gerontología, *Tratado de geriatría para residentes* (págs. 199-209). Madrid.
- Vinyoles, E. (2012). La detección de la hipotensión ortostática. *Elsevier España*, 1-3.
- White, E. (1977). *El Ministerio de la Bondad*.
- Yerba, M. (2017). *Relacion entre la calidad de vida y el riesgo de caidas del adulto mayor atendidos en el centro de salud Santa Adriana, Juliaca 2017*. Juliaca.
- Zapata, R., Soriano, E., Marquez, V., Lopez, M., & Gonzales, A. J. (2015). Jornadas Internacionales de investigaciones en educacion y salud. En L. Hernandez, & R. Lozano, *Prevencion de caidas en el anciano en su domicilio* (págs. 231-232). España: Editorial Universidad de Almeria 2015.
- Zarranz, J. (2013). *Neurologia* (Quinta ed.). España: Editorial Elsevier.
- Zela, L., & Mamani, W. (2015). *Hipertensión Arterial y Estilo de Vida en Adultos Mayores de la Micro*. Tesis de Licenciatura, Universidad Peruana Union, Puno, Juliaca.
- Ziegler, J. (28 de Enero de 2016). Reclamos por Lesiones Sufridas en Resbalones y Caídas en Florida. Florida.

Anexos

Anexo A

Instrumento de evaluación de la variable capacidad funcional: valoración de las actividades de la vida diaria -índice de katz

1. Baño	Independiente. Se baña enteramente solo o necesita ayuda sólo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía).	0
	Dependiente. Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo.	1
2. Vestido	Independiente. Coge la ropa de cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos.	0
	Dependiente. No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido.	1
3. Uso del w.c	Independiente: va al retrete solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretores.	0
	Dependiente. Precisa ayuda para ir al retrete.	1
4. Movilidad	Independiente. Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo.	0
	Dependiente. Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más	1

	desplazamientos.	
5. Continencia	Independiente. Control completo de micción y defecación.	0
	Dependiente. Incontinencia parcial o total de la micción o Defecación.	1
6. Alimentación	Independiente. Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne.	0
	Dependiente. Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral.	1
Puntuación total		

De una manera convencional se puede asumir la siguiente clasificación:

Ausencia de incapacidad o incapacidad leve = 0 - 1 puntos

Incapacidad moderada = 2 - 3 puntos

Incapacidad severa = 4 - 6 puntos

Anexo B

Instrumento de evaluación de la variable síndrome de caídas: escala de valoración de riesgo de caídas Downton

Criterios de evaluación	Variables	Puntaje
Caídas previas	Si	1
	No	0
Medicamentos	Tranquilizantes, sedantes	1
	Diuréticos hipotensores no diuréticos	1
	Antiparkinsonianos, antidepresivos, otros	1
Déficit sensoriales	Ninguno	0
	Alteraciones visuales o auditivas	1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
	Agitación psicomotora	1
Deambulaci3n	Normal	0
	Asistida con elementos de apoyo	1
	Reposo absoluto postrado	1
Total puntaje		

Clasificaci3n:

Riesgo bajo: 0 a 2 puntos

Riesgo medio: 3 a 4 puntos

Riesgo alto: 5 a 9 puntos

Anexo C

Carta de autorización del área de estudio



PERÚ

Ministerio
de Salud

RED DE SALUD SAN ROMAN

MICRO RED JULIACA

CONSTANCIA

**EL QUE SUSCRIBE JEFE DE LA MICRO RED JULIACA DE LA
RED DE SALUD SAN ROMAN:**

HACE CONSTAR: Que Doña Nancy Mónica Quispe Condori, bachiller de la Escuela Profesional de Enfermería del Universidad Peruana Unión; está autorizada para ejecutar su proyecto de tesis titulado: "Síndrome de caídas y capacidad funcional en adultos mayores del Centro de Salud la Revolución, Juliaca-2017".

Se expide la presente constancia a solicitud de la interesada, para fines que vea conveniente.

JULIACA, 01 de Febrero del 2017.


Juana M. Olvera Quispe
ENFERMERA
COP 11553



Anexo D

Fotos de la recolección de datos



