

**UNIVERSIDAD NACIONAL AMAZÓNICA DE MADRE DE DIOS
FACULTAD DE EDUCACION
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**“NIVEL DE FUNCIONALIDAD EN RELACIÓN AL
RIESGO DE CAÍDAS DE LA PERSONA ADULTO
MAYOR INSTITUCIONALIZADA EN LA CASA ACOGIDA
FUNDACIÓN APAKTONE, PUERTO MALDONADO,
2017”**

Para optar al Título Profesional de Licenciada en Enfermería

Presentada por las Bachilleres:

- PHELE ROJAS, YESENIA

- CÉPEDES QUISPE, YAKELIN

Asesor: MG. BRAULIO PEDRO ESPINOZA FLORES
PUERTO MALDONADO- PERU

2017

UNIVERSIDAD NACIONAL AMAZÓNICA DE MADRE DE DIOS

FACULTAD DE EDUCACIÓN

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**“NIVEL DE FUNCIONALIDAD EN RELACIÓN AL
RIESGO DE CAÍDAS DE LA PERSONA ADULTO
MAYOR INSTITUCIONALIZADA EN LA CASA ACOGIDA
FUNDACIÓN APAKTONE, PUERTO MALDONADO,
2017”**

Para optar al Título Profesional de Licenciada en Enfermería

Presentada por las Bachilleres:

- PHELE ROJAS, YESENIA

- CÉPEDES QUISPE, YAKELIN

Asesor: MG. BRAULIO PEDRO ESPINOZA FLORES
PUERTO MALDONADO- PERU

2017

Doctor

Fredy Dueñas Linares

Decano de la Facultad de Educación

De acuerdo a lo estipulado en el “Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional Amazónica de Madre de Dios”, se tiene a bien poner a vuestra consideración el trabajo de investigación intitulado “NIVEL DE FUNCIONALIDAD EN RELACIÓN AL RIESGO DE CAÍDAS DE LA PERSONA ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADA EN LA CASA ACOGIDA FUNDACIÓN APAKTONE. PUERTO MALDONADO, 2017”; realizado con la estricta finalidad de lograr optar al “Título Profesional de Licenciada en Enfermería”, con la esperanza de que este estudio contribuya en el conocimiento de una parte de la realidad sanitaria.

Yesenia y Yakelyn

DEDICATORIA

A nuestros padres por su apoyo a lo largo de nuestras vidas

A las personas que han contribuido en nuestro perfeccionamiento profesional,
en especial a los profesores de la Escuela de Enfermería de la UNAMAD.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirnos la vida.

A nuestra familia por su eterno apoyo y su confianza.

A los profesores de nuestra universidad, por haber contribuido en la formación profesional de estas dos nuevas Enfermeras.

A nuestras amigas por su presencia.

A las personas adulto mayores de la casa acogida APAKTONE, por su colaboración con este estudio.

INTRODUCCIÓN

Las personas adulto mayores tienen una característica general, no poder responder funcionalmente ante situaciones normales, debido a los procesos de envejecimiento.

En relación a la calidad de vida que haya llevado, las acumulaciones relacionadas al envejecimiento serán mayores, de hecho existen adultos mayores que responde adecuadamente a las ““Actividades Básicas de la Vida Diaria””, sin embargo la situación es bastante variable.

Uno de los problemas con este grupo poblacional está relacionado a las caídas, eventos por los cuales hay una precipitación violenta e intempestiva de la persona hacia el suelo, con consecuencias variables. De hecho muchos adultos mayores se complican pues las caídas lo mínimo que provocan es miedo, temor a volver a caer, dolor físico, heridas y contusiones, fracturas, etc.

Estos eventos son más frecuente de lo que se piensa por ello es necesario estudiarlas. En tal sentido el estudio presentado tiene como objetivo: Establecer la relación entre la funcionalidad y el riesgo de caídas de la persona adulta mayor institucionalizada en la “Casa Acogida Apaktone” de Puerto Maldonado, 2017, el mismo que manera general se compone de cuatro capítulos, los mismos que se pasan a detallar a continuación:

Capítulo I: El Problema: En el cual se caracteriza el problema, se efectúa la pregunta de investigación en la formulación del problema, se trazan los objetivos: general y específicos, se definen las variables y se operacionalizan las mismas, se formula el supuesto o hipótesis, se procede a la justificación y a plantear los criterios éticos.

Capítulo II: Marco teórico que involucra los antecedentes de estudio, las bases teóricas y, claro está la definición de términos.

Capítulo III: Diseño metodológico que incluye el tipo de investigación, la línea de investigación de la escuela profesional, población de estudio y muestra seleccionada, la técnica aplicada y el instrumento de recojo de datos.

Capítulo IV: Resultados del trabajo de investigación.

Finalizando el trabajo de tesis con las referencias bibliográficas y los anexos del estudio.

ÍNDICE

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTOS.....	v
INTRODUCCIÓN.....	vi
CAPÍTULO I:.....	1
EL PROBLEMA	1
1.1 CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA	1
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	4
1.3 OBJETIVOS.....	4
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	4
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
1.4 HIPÓTESIS	5
1.4.1. GENERAL.....	5
1.4.2. ESPECIFICAS	6
1.5 VARIABLES.....	7
1.5.1.- VARIABLE IMPLICADAS.....	7
1.5.1.1.-VARIABLE DEPENDIENTE	7
1.5.1.2.-VARIABLE INDEPENDIENTE	7
1.5.2 VARIABLES NO IMPLICADAS.....	7
1.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	8
1.5.1 .1 .VARIABLE DEPENDIENTE	8
1.5.1.2.- VARIABLE INDEPENDIENTE	11
1.5.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES NO IMPLICADAS	12
1.6 JUSTIFICACIÓN.....	13
1.7 LIMITACIONES	13
1.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	13

CAPÍTULO II:.....	15
MARCO TEÓRICO	15
2.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO.....	15
CAPÍTULO III:.....	33
DISEÑO METODOLÓGICO.....	33
3.1 TIPO DE ESTUDIO.....	33
3.1.1 CORRELACIONAL SIMPLE.....	33
3.1.2 TRANSVERSAL.....	33
3.2 DISEÑO DEL ESTUDIO	33
3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	34
3.3.1 POBLACIÓN MUESTRAL	34
3.3.2 MUESTRA.....	34
3.4.- CRITERIOS DE SELECCION	34
3.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	34
3.4.2.-CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	34
3.5. MÉTODOS Y TÉCNICA	34
3.5.1 MÉTODO	34
3.5.2 TÉCNICA	35
3.5.3 INSTRUMENTO	35
3.5.4 MÉTODO DE RECOJO DE DATOS.....	35
3.6 TRATAMIENTO DE LOS DATOS	36
CAPÍTULO IV:	37
RESULTADOS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.....	37
CAPITULO V	83
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	83
5.1 CONCLUSIONES.....	83

5.2 RECOMENDACIONES	85
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	87

CAPÍTULO I:

EL PROBLEMA

1.1 CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA

De acuerdo a la normatividad peruana, la persona adulta mayor (PAM), es una denominación empleada en el Perú, así la ley señala que se denomina a “personas adultas mayores a todas aquellas que tengan 60 o más años de edad” (1). El envejecimiento es la última etapa de la vida, caracterizada por la acumulación de múltiples cambios que se han producido a lo largo de la vida.

Uno de los efectos más notables del envejecimiento es la capacidad de poder afrontar los cambios de forma funcional. La funcionalidad está referida a poder realizar todas las ““Actividades Básicas de la Vida Diaria”” sin limitaciones, sin embargo en el envejecimiento el cuerpo no tiene la misma resistencia para efectuar las actividades físicas que efectuaba con anterioridad.

Además de esta característica que es general, el cuerpo de la persona adulta mayor sufre cambios físicos, y aparecen los signos evidentes del envejecimiento: Piel laxa, canas, disminución de la estatura por achatamiento de los cuerpos vertebrales, redistribución de la grasa corporal con subsecuente variación del centro de gravedad, lo cual además lo predispone a las caídas, disminución de la agudeza auditiva y visual, etc.

Estos cambios físicos, hacen que la persona adulto mayor sea un candidato a evidenciar patologías, de tipo crónico y degenerativo, pero además a un grupo de síndromes geriátricos, con signos y síntomas particulares.

Al alterarse la funcionalidad de la persona adulto mayor producto del envejecimiento, surgen varios problemas, uno de ellos es precisamente las caídas, estas se definen como “acontecimientos involuntarios” por el cual las personas pierden el equilibrio y su cuerpo termina impactando contra la tierra u cualquier otra superficie, teniendo como consecuencia un golpe. Cuando se producen las caídas las lesiones se consideran como una causa importante de muerte, la segunda en realidad, se han realizado cálculos en el mundo, reportándose que cada año fallecen en todo el mundo, alrededor de unas 424 000 personas, y poco más del 80% de estas muertes se producen en países de recursos económicos bajos y medianos. Así las personas que tienen 65 años o más son, los que efectivamente sufren más caídas mortales. Cada año se dan poco más de 37 millones de caídas en el mundo, que requieren atención médica, puesto que sus efectos pueden ser mortales, aun cuando en la mayoría de estas no lo son” (2), las caídas son eventos frecuentes en esta etapa de vida, así “los adultos mayores son más propensos a sufrir caídas, siendo las causas más comunes la debilidad muscular, alteraciones en su caminar y equilibrio, enfermedades del corazón (como presión baja y alta), disminución de la visión, el uso de bastones y andaderas de forma inadecuada; además de los efectos de algunos medicamentos, entre muchos otros“ (3).

Reportes internacionales indican que “se producen casi 40.000 muertes por caídas en personas de edad avanzada en la región de la unión europea (4), (5). Las personas de 80 o más años de edad tienen una mortalidad 6 veces mayor que las de 65-79 años” (4), esta información se da en países desarrollados donde las condiciones de vida son bastante mejores a las de una realidad como la peruana.

Sin embargo la problemática de las personas adulto mayores constituyen un problema general, con matices dramáticos en diversas sociedades. De esta forma en espacios latinoamericanos, la realidad de las caídas en personas de más de 60 años no es diferente a la de otros espacios, las personas que

envejecen tienden a tener caídas, producto de la redistribución de la grasa corporal y del cambio del centro de gravedad, así “se considera que las caídas son la principal causa de lesiones accidentales en los adultos mayores en México, un reporte encontró que hasta el 54% de las lesiones accidentales sufridas por un grupo de adulto mayores de la comunidad urbana es causada por las caídas”(6).

En un espectro más cercano a nuestra realidad se tiene que en nuestro vecino país de Chile, se reportan los traumatismos y accidentes que ocupan “el sexto lugar como causa de muerte en el adulto mayor, según informe del Ministerio de Salud. Se estima que aproximadamente el 10% de las caídas conducen fracturas, siendo las más frecuentes antebrazo, cadera y húmero” (1).

Entre tanto a nivel nacional, Parodi hace una comparación de la estadística oficial versus la realidad nacional, así señala que “según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), tres de cada 10 adultos mayores sufren al menos una caída al año. En tanto que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las personas mayores de 65 años. Son el grupo poblacional con más caídas mortales, y para el Ministerio de Salud, el 80% de las caídas de personas de la tercera edad se producen en sus casas” (1).

En la ciudad de Puerto Maldonado, solo existe una institución que brinda una atención destinada a las personas consideradas de la tercera edad, pues se trata de una casa de acogida, las personas se hallan con diferentes déficits funcionales, algunos con mayor deficiencia funcional, algunos con antecedentes de caídas, que inclusive han dejado secuelas.

Las caídas en este grupo implican una posibilidad de riesgo, mismo que merece ser estudiado a la luz de su estado funcional. Por lo que surge la pregunta.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

PROBLEMA GENERAL

- ¿Cuál es la relación existente entre el nivel de funcionalidad y el riesgo de caídas de la persona adulta mayor institucionalizada en la “Casa Acogida Apaktone” de Puerto Maldonado, 2017?

PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Cuál es la relación existente entre la alimentación y la deficiencia funcional de la persona adulta mayor institucionalizada en la “Casa Acogida Apaktone” de Puerto Maldonado, 2017?
- ¿Cuál es la relación existente entre la deambulaci3n y la deficiencia funcional de la persona adulta mayor institucionalizada en la “Casa Acogida Apaktone” de Puerto Maldonado, 2017?
- ¿Cuál es la relaci3n existente entre la alimentaci3n y el tratamiento farmacol3gico de la persona adulta mayor institucionalizada en la “Casa Acogida Apaktone” de Puerto Maldonado, 2017?
- ¿Cuál es la relaci3n existente entre las funciones biol3gicas y la deficiencia funcional de la persona adulta mayor institucionalizada en la “Casa Acogida Apaktone” de Puerto Maldonado, 2017?
- ¿Cuál es la relaci3n existente entre la comodidad, y confort y la deficiencia funcional de la persona adulta mayor institucionalizada en la “Casa Acogida Apaktone” de Puerto Maldonado, 2017?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar la relaci3n existente entre el nivel de funcionalidad y el riesgo de caídas de la persona adulta mayor institucionalizada en la “Casa Acogida Apaktone” de Puerto Maldonado, 2017

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer la relación existente entre la alimentación y la deficiencia funcional de la persona adulta mayor institucionalizada en la “Casa Acogida Apaktone” de Puerto Maldonado, 2017
- Determinar la relación existente entre la deambulaci3n y la deficiencia funcional de la persona adulta mayor institucionalizada en la “Casa Acogida Apaktone” de Puerto Maldonado, 2017
- Establecer la relaci3n existente entre la alimentaci3n y el tratamiento farmacol3gico de la persona adulta mayor institucionalizada en la “Casa Acogida Apaktone” de Puerto Maldonado, 2017
- Determinar la relaci3n existente entre las funciones biol3gica y la deficiencia funcional de la persona adulta mayor institucionalizada en la “Casa Acogida Apaktone” de Puerto Maldonado, 2017
- Establecer la relaci3n existente entre la comodidad, y confort y la deficiencia funcional de la persona adulta mayor institucionalizada en la “Casa Acogida Apaktone” de Puerto Maldonado, 2017

1.4 HIP3TESIS

1.4.1. GENERAL

- Existe una relaci3n directa y significativa entre la funcionalidad y un mayor riesgo de caídas en la persona adulto mayor institucionalizada en la “Casa Acogida Apaktone” de Puerto Maldonado 2017

1.4.2. ESPECIFICAS

H1.- Existe una relación notable entre la alimentación y la deficiencia funcional de la persona adulta mayor institucionalizada en la “Casa Acogida Apaktone” de Puerto Maldonado, 2017.

H0.- No existe una relación notable entre la alimentación y la deficiencia funcional de la persona adulta mayor institucionalizada en la “Casa Acogida Apaktone” de Puerto Maldonado, 2017.

H2.- Existe una relación notable entre la deambulaci3n y la deficiencia funcional de la persona adulta mayor institucionalizada en la “Casa Acogida Apaktone” de Puerto Maldonado, 2017.

H0.- No existe una relaci3n notable entre la deambulaci3n y la deficiencia funcional de la persona adulta mayor institucionalizada en la “Casa Acogida Apaktone” de Puerto Maldonado, 2017.

H3.- Existe una relaci3n notable entre la alimentaci3n y el tratamiento farmacol3gico de la persona adulta mayor institucionalizada en la “Casa Acogida Apaktone” de Puerto Maldonado, 2017.

H0.- No existe una relaci3n notable entre la alimentaci3n y el tratamiento farmacol3gico de la persona adulta mayor institucionalizada en la “Casa Acogida Apaktone” de Puerto Maldonado, 2017.

H4.- Existe una relaci3n notable entre las funciones biol3gica y la deficiencia funcional de la persona adulta mayor institucionalizada en la “Casa Acogida Apaktone” de Puerto Maldonado, 2017.

H0.- No existe una relaci3n notable entre las funciones biol3gica y la deficiencia funcional de la persona adulta mayor institucionalizada en la “Casa Acogida Apaktone” de Puerto Maldonado, 2017.

H5.- Existe una relación notable entre la comodidad, y confort y la deficiencia funcional de la persona adulta mayor institucionalizada en la “Casa Acogida Apaktone” de Puerto Maldonado, 2017.

H0.- No existe una relación notable entre las la comodidad, y confort y la deficiencia funcional de la persona adulta mayor institucionalizada en la “Casa Acogida Apaktone” de Puerto Maldonado, 2017.

1.5 VARIABLES

1.5.1.- VARIABLE DEPENDIENTE

- Nivel de funcionalidad

1.5.2.-VARIABLE INDEPENDIENTE

- Riesgo de caída

1.5.3 VARIABLES INTERVINIENTES

- Edad
- Sexo
- Tiempo de residencia

1.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

1.5.1.- VARIABLES IMPLICADAS

1.5.1 .1 .VARIABLE DEPENDIENTE

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES	INDICADOR	NATURALEZA DE LA VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL
Nivel de funcionalidad	Posibilidad que la persona pueda realizar sus actividades cotidianas	D1.- Alimentación	Comer	Incapacitado=0 Necesita algo de ayuda=5 Independiente=10	Cualitativa	Nominal	
		D2.Deambulación	a.-Trasladarse entre una silla y la cama	No capaz cuando no se mantiene sentado=0 Necesita colaboración importante de una persona que ha sido entrenada o hasta dos que no posean entrenamiento, y que puede permanecer sentada=5 Necesita un poco de ayuda, tienen una pequeña ayuda o motivación de tipo física o quizás verbal)=10 Independiente=15	Cualitativa	Nominal	
			b.-Desplazarse	No se puede mover =0 Se halla sentada en una silla de ruedas a 50 metros=5 Camina aunque con una ayuda muy pequeña (verbal o física)=10 Es independiente, puede caminar por lo menos 50 metros ayudado por cualquier	Cualitativa	Nominal	

			c.- Subir y bajar escaleras o gradillas o hacia la cama	<p>tipo de muleta, no incluye andador=15</p> <p>No capaz=0 Necesita colaboración de tipo física o verbal, por lo tanto es capaz de llevar un tipo cualquiera de muleta=5 Independiente para subir y bajar=10</p>	Cualitativa	Nominal	
		D3.Comodidad y confort	<p>a.-Aseo personal</p> <p>b.-Bañarse o ducharse</p> <p>c.- Vestirse y desvestirse</p>	<p>Necesita colaboración para efectuar el aseo personal =0 Independiente al momento de asearse (cara, dientes, manos, peinarse, etc)=5</p> <p>Dependiente=0 Independiente=5 Dependiente=0</p> <p>Necesita algún tipo de ayuda aún cuando puede realizar por lo menos la mitad de las cosas sin ayuda=5 Es independiente, puede abrir botones, cierres de pantalones y hasta atarse las cuerdas de zapatos, etc.</p>	Cualitativa	Nominal	

		D4.Funciones Biológicas	a.-Uso del baño	<p>Dependiente=0 Necesita algo de ayuda, pero puede hacer algo solo(a)=5 Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)=10</p>	Cualitativa	Nominal	
			b.-Control de heces (deposiciones)	<p>Incontinente o necesita que le suministren enema=0 Accidente muy notorio con las heces=5 Continente=10</p>			
			c.-Control de orina	<p>Incontinente o necesita sondaje o es no capaz de cambiarse el pañal=0 Accidente muy notorio con la orina (máximo uno en 24 horas)=5 Continente, durante al menos 7 días=10</p>			

1.5.1.2.- VARIABLE INDEPENDIENTE

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES	INDICADOR	NATURALEZA DE LA VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL
Riesgo de caída	Posibilidad de que la persona evaluada pueda caer al suelo intempestivamente, medida mediante la escala de riesgo de caídas (J.H.Down Ton)	D1. Deficiencia funcional	a- Caídas previas b.- Déficit sensorial c.- Estado mental d. Deambulaci3n	No=0 Si=1 Ninguno=0 Visuales=1 Auditivos=1 Extremidades (Pr3tesis, pasesias, etc)=1 Orientado=0 Confuso=1 Normal=0 Segura con ayuda=1 Insegura con ayuda o sin ayuda=1 Imposible=1	Cualitativa	Nominal	Sin riesgo de ca3da 0/14 puntos Mediano riesgo de ca3das 1/14 Alto riesgo de ca3das >2/14 puntos
		D2. Tratamiento farmacol3gico	Uso de medicamentos	Ninguno Tranquilizantes/ Sedantes=1 Diur3ticos=1 Hipotensores no diur3ticos=1 Anti parkinsonianos=1 Antidepresivos=1 Otros medicamentos	Cualitativa	Nominal	

1.5.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES NO IMPLICADAS

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADOR	NATURALEZA DE LA VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
a.-Edad	Cantidad de años que tiene el adulto mayor	60 a 75 años 76 a 85 años Más de 86 años	Cualitativa	Nominal
b.-Sexo	Condición física que diferencia al varón de la mujer	Femenino Masculino	Cualitativa	Nominal
c.-Tiempo de residencia	Cantidad de tiempo que vive en el Centro de acogida	Menos de un año Uno a tres años Cuatro a más años	Cualitativa	Nominal

1.6 JUSTIFICACIÓN

El presente estudio permitió conocer las características de un grupo de personas que presentan cambios en su vida, en su anatomía y fisiología ya que son poblacionalmente un grupo en incremento, el que requiere ser estudiado por tener una problemática diferente en relación al grupo etéreo, en el presente caso abordando su funcionalidad como persona y el riesgo de caídas que presenta. Esto va determinar mejorar las políticas y las prácticas de cuidados especiales de este grupo etéreo.

Los resultados del estudio, pueden servir para tomar decisiones acerca de las necesidades de este segmento de población, así como para mejorar la oferta de servicios de la “Casa Acogida Apaktone”

1.7 LIMITACIONES

Como todo trabajo de investigación se tuvieron algunas dificultades asociadas a la aplicación de los instrumentos, ya que las personas adulto mayores presentan algunas limitaciones sensoriales que dificultan el recojo de información, básicamente para la autorización o aceptación del estudio, toda vez que para la aplicación de los instrumentos se requirió de una observación minuciosa.

Además de la no existencia de trabajos de investigación de carácter regional concernientes al tema del presente estudio.

1.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS

En el presente estudio se mantiene un compromiso de las investigadoras de realizar un trabajo bajo los principios éticos de confidencialidad, no maleficencia y beneficencia, ya que el estudio no revistió ningún riesgo a la

integridad de las personas adulto mayores. Para ello se empleó el consentimiento informado.

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE ESTUDIO

ALVARADO-ASTUDILLO L I, ASTUDILLO VALLEJO C E, SANCHEZ BECERRA JC, en el estudio “PREVALENCIA DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES Y FACTORES ASOCIADOS EN LA PARROQUIA SIDCAY”. CUENCA, ECUADOR, 2014.

Se realizó con el objetivo de “determinar la prevalencia de caídas en adultos mayores y sus factores asociados intrínsecos: enfermedades crónicas, estado mental, deambulación; extrínsecos: fármacos, alcohol, calzado, actividades diarias, lugar, condición del suelo, intervalo del día, y no clasificables: caídas previas, temor a caer, tipos de caídas. Se trató de un estudio transversal. Se trabajó con 489 adultos mayores. Para el levantamiento de datos se utilizó un cuestionario basado en la OMS y “Escala de Riesgo de Caídas de Downton”.

En el estudio se enrolaron a 489 adultos mayores, encontrándose una prevalencia de caídas que alcanzó el 33,9%. Fue significativo que se presentó una mayor prevalencia de caídas en personas con edades mayores de 74 años que correspondió porcentualmente al 43,1%, de estos fueron de sexo femenino un 40,9%, se encontraban sin pareja el 45,1%, y presentaban alteraciones nutricionales el 64,8%. De acuerdo a la Escala de Dawton el riesgo de caídas fue alto 32,1%, sin embargo predominó un riesgo bajo en 67,9%. Además se determinó que las caídas fueron significativamente mayores en personas con enfermedades crónicas, que tenían un estado mental confuso y que presentaban un compromiso de la deambulación, misma que se caracterizó por ser insegura con o sin ayudas, en especial en aquellos que consumen

medicamentos, al consumo de alcohol representó un riesgo bajo, y si fue significativo en aquellos que ya presentaron caídas previas” (7)

OLMOS-ZAPATA P., en la investigación **“ESTUDIO DEL SÍNDROME DE TEMOR A CAERSE EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS”**. MURCIA, 2012.

Se efectuó un estudio con el objetivo de analizar las caídas en personas que tienen más de 65 años, relacionándolo con el “mareo de repetición” como un factor desencadenante.

Se pudo establecer una prevalencia de caídas en aquellos ancianos que presentaban mareos en 71,5%, más que en el grupo control donde la casuística alcanzó a un 31,1%. Los factores que estaban relacionados con los mareos tenían una etiología cerebrovascular (síncope, deterioro cognitivo) y cardiovascular, además del sistema motor como debilidad muscular, prestando también una etiología sensorial con afectaciones visuales e hipoacusia y un grupo de factores de tipo psicológico, caracterizado por ansiedad, consumo de psicofármacos y trastornos del sueño (8).

RODRÍGUEZ-NAVARRO V, en el estudio **“EFICACIA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN MULTIFACTORIAL PARA LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LOS ANCIANOS DE LA COMUNIDAD”**. CÓRDOBA, 2011.

Se realizó con el objetivo de “determinar la eficacia de un programa de intervención multifactorial de prevención de caídas en personas mayores, en comparación de una intervención breve”. Fue un ensayo de tipo clínico controlado, además multicéntrico, abierto y aleatorizado, eligiendo un estudio paralelos de dos brazos y con controles periódicos a los 3, 6, y 12 meses. Los sujetos estudiados tenían más de 69 años, vivían en la comunidad, captados mediante muestreo consecutivo en consulta o en visitas domiciliarias.

Así se enrolaron 404 pacientes, el 33,1% de personas del Grupo de intervención y el 30,25% del Grupo control tuvieron caídas el año anterior. El 60,1% de pacientes del Grupo de intervención refirieron que hubo un aumento en el tiempo y dedicación de la actividad física. Se efectuó algún tipo de adaptación e incorporación de las recomendadas a la vida en el domicilio las cuales estuvieron destinadas y orientadas a actuar como preventores del riesgo de caída. Así la casuística de caídas en los domicilios fue del 27,5% entre tanto en el grupo control llegó a 49,3%. El ser mujer fue uno de los factores de riesgo, el presentar antecedentes de caídas en el año anterior y la existencia de problemas y daños agudos a la salud, se hallaron unidos a un mayor riesgo de las caídas (9).

LAVEDÁN SANTAMARÍA A., en la investigación “ESTUDIO DE SEGUIMIENTO DE LAS CAÍDAS EN LA POBLACIÓN MAYOR QUE VIVE EN LA COMUNIDAD”. LLEIDA, 2013.

Se realizó con el objetivo de “estimar la evolución de las caídas en los adultos mayores de 75 y más años de edad que residen en la comunidad, en la ciudad de Lleida”. Fue un estudio de tipo descriptivo, longitudinal y prospectivo, con una segunda fase de tipo longitudinal en la cual se efectuó un seguimiento de alrededor de dos años). Se incorporaron como integrantes de la muestra a 640 individuos, que tenían más de 75 y más años, que vivían en la comunidad.

Se pudo establecer una prevalencia de caídas de 25,0% en el último año, con una presentación de síndrome pos caída que alcanzaba a 57,5% y además miedo a volver a caer de 41,5%. En términos generales los factores sociodemográficos, así como la situación del “equilibrio y la marcha”, asociada al estado de estado de salud y su calidad de vida en relación a la salud y las relaciones sociales que se establecen, estuvieron asociados a este fenómeno.

En la fase del estudio longitudinal, se determinó una incidencia de caídas que alcanza al 35,5% y como predictores de caídas se relacionaron el sexo, residir solo, tener un deterioro de la calidad de vida asociada con la salud, así mismo problemas de audición, del estado nutricional y también el miedo a caer (Síndrome de caídas) (10).

GISELA GONZÁLEZ C, PEDRO PAULO MARÍN L, GLORIA PEREIRA Z., en el estudio **“CARACTERÍSTICAS DE LAS CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR QUE VIVE EN LA COMUNIDAD”**.

Se efectuó con el objetivo de “describir la prevalencia y características de las caídas en los ancianos de consultoría a un deambulatorio Clinic.Patients”, en el cual se encuestó a un total de 60 años o más, para completar la data se decidió emplear la “prueba de marcha y el equilibrio de Tinetti” en aquellos que tuvieron caídas.

En 104 (18,2%) de 571 consultas clínicas, se informó de una o más caídas. Entre los pacientes que se cayó y se aportan datos completos (n = 95), el 64% informó de una caída y el 36% informó de dos o más, por un total de 156 caídas de analizar. La edad media de los pacientes con cataratas fue de $71,8 \pm 6,8$ años.

El estado funcional y cognitivo fue normal en el 73 y el 71,6% de los casos, respectivamente, y el 38% realiza actividad física periódica. Cincuenta y siete por ciento de las caídas ocurrió fuera de casa, y un factor extrínseco era una causa precipitante en el 55% de las cataratas. Un síndrome post-caída apareció en 21% de los casos y 2,6% dio como resultado fracturas. La caída de dos o más veces frente una vez durante los últimos seis meses se asoció estadísticamente con una edad superior a 75 años, una ausencia de actividad física periódica, deterioro funcional, tres o más enfermedades crónicas, enfermedades neurológicas y con la anciana, entre otras variables.

Las caídas en los ancianos se producen principalmente fuera de casa, en sujetos mayores de 75 años de edad, funcionalmente dependientes y con una

importante participación de los factores extrínsecos. La actividad física, así como el control de los riesgos ambientales, podrían ser factores de protección contra caídas recurrentes (11).

VARELA PINEDO L, CHÁVEZ JIMENO H, GALVEZ CANO M, MENDEZ SILVA F., en el estudio “FUNCIONALIDAD EN EL ADULTO MAYOR PREVIA A SU HOSPITALIZACIÓN A NIVEL NACIONAL”.

Se realizó con el objetivo de “determinar las características de la funcionalidad del adulto mayor en las 2 semanas previas a su hospitalización en el Perú, así como su asociación con otros síndromes y problemas geriátricos”, para ello se analizó el estudio "Valoración Geriátrica Integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional", que analizó a 400 pacientes con más de 60 años; se llegó a evaluar las características respecto a la funcionalidad y los resultados se compararon respecto a la funcionalidad en relación a los principales problemas y síndromes geriátricos.

Se halló una frecuencia respecto a la autonomía funcional que alcanzaba al 53%, en especial al bañarse y vestirse, resultado ser las “Actividades Básicas de la Vida Diaria” más comprometidas, cuyo nivel alcanzó a 44,5% y a 39% respectivamente. Además se encontró una relación significativa entre la funcionalidad y la edad, también con su situación socioeconómica, las caídas previas y situaciones como: mareos, incontinencia urinaria, desnutrición, depresión y déficit cognitivo.

Finalmente también se pudo determinar que la frecuencia de dependencia funcional antes de la hospitalización de personas adultas mayores era elevada. Así se halló que a mayor edad, con presencia de dificultades sociales, presencia de caídas, con incontinencia urinaria, etc., se asocia a un mayor deterioro funcional (2).

DÍAZ OQUENDO DB, GARCÍA AC; PACHECO INFANTE A en el estudio “INCIDENCIA DE LAS CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO”

Se efectuó con el objetivo de “contribuir a la disminución de la morbimortalidad por accidentes, en las instituciones del adulto mayor, se realizó un estudio retrospectivo sobre la incidencia de las caídas en los ancianos del Hogar "Noel Fernández", durante el año 1996, en el municipio Vertientes”.

Entre los hallazgos del estudio, se encuentran; que viven institucionalizados ancianos con rango de edad de 70 y 90 años, hubo predominio del sexo masculino, así mismo ancianos con limitaciones psíquicas y físicas, y al interior de éstas, existieron los trastornos visuales. Las complicaciones de tipo traumatismos, fracturas y heridas, ocurrieron como consecuencias de caídas, y las causas principales que se establecieron fueron accidentales y médicas. (3).

SILVA FHON JR, COELHO SUZELE C, WEHBE F, RAMOS PEREIRA V, STACKFLETHTHAIS R, MARQUES S, PARTEZANI RODRIGUES RA, en el estudio “CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON LA CAPACIDAD FUNCIONAL”

Se efectuó con el objetivo de “determinar la prevalencia de caídas en el adulto mayor y su relación con la capacidad funcional”. En esencia fue un estudio epidemiológico de tipo transversal con muestra de 240 sujetos, claro está con una edad mayor a 60 años, se empleó como instrumentos la “Medida de Independencia Funcional y Escala de Lawton y Brody”.

La edad media fue de 73,5 años, un cuarto de la muestra tenían 80 años a más, predominando el sexo femenino; el promedio de caídas fue de 1,33 caídas siendo mayor la prevalencia entre mujeres con más edad; estableciéndose que el patio y baño son los lugares de caídas más frecuentes condición de vida a personas durante el proceso de envejecimiento (4).

SANDOVAL L, CAPUÑAY J, VARELA L, en el estudio “CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR. ESTUDIO DE UNA SERIE DE PACIENTES DE CONSULTORIO EXTERNO DE MEDICINA DEL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA”. LIMA, 1996.

Se realizó con el objetivo de determinar la frecuencia de caídas en adultos mayores. Fue un estudio prospectivo y tipo random, en el cual se incluyeron a 60 pacientes que asistían a consultorios externos que tenían 60 o más años de edad, en el Hospital Nacional Cayetano Heredia.

Se determinó una frecuencia de caídas del 33% y las cuales tuvieron una frecuencia incrementada en el grupo de 80-89 años, así mismo las caídas sucedieron en exteriores en el 55% de casos y se relacionaron a una serie de factores extrínsecos en 65%. (12).

2.2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

NIVEL DE FUNCIONALIDAD

La independencia desde el punto de vista de salud se entiende como la capacidad de poder realizar funciones que están estrechamente relacionadas a las “actividades básicas vida diaria”, que permitan al individuo ser parte de una comunidad y vivir en ella recibiendo poca o ninguna asistencia de los demás (11)

En tanto que la autonomía, se entiende como la capacidad de poder tomar decisiones de manera independiente, con la responsabilidad adicional de afrontar las consecuencias de esta elección, tomando en cuenta sus preferencias propias y también los requerimientos del entorno.

ENVEJECIMIENTO Y FUNCIONALIDAD

Se conceptualiza como un proceso normal que es sin embargo individual, es decir cada cuerpo envejece de modo distinto, una de sus características es que produce una disminución de la funcionalidad, asociada a los cambios que se presentan en alrededor de 25 a 30% de las células del cuerpo que componen diferentes órganos y sistemas, lo que finalmente se traduce en una menor función de los órganos y sistemas (12).

“Lo que en situación de exigencia normal o habitual no tendrá repercusión, sí podrá afectar al individuo frente a una exigencia no habitual o estrés, dado que el envejecimiento fisiológico afecta las capacidades de reserva” (12).

“El proceso que se puede considerar como normal en el proceso de envejecimiento tiende a provocar cambios en el equilibrio y en la reserva, haciendo más vulnerable al cuerpo a presentar enfermedades de tipo crónicas y degenerativas, mismas que sumado a la herencia genética, los estilos de vida llevados en la Juventus, adultez y hasta en la ancianidad y las características socio-económicas limitadas y del entorno social, impactan en el estado de salud funcional de los adultos mayores, ante los riesgo ir de la independencia a la dependencia”(12)

En la tercera edad, las enfermedades, suele presentarse de manera más larvada y con una tendencia a que los síntomas se modifiquen, así puede aumentar el umbral del dolor, también cambia la regulación de una función vital como es la temperatura y se altera el balance hidroelectrolítico, también se modifican los mecanismos de tipo compensatorios, entre estos la taquicardia y la polipnea. En algunas ocasiones, existe un compromiso, respecto a los signos y síntomas clásicos que aparentemente son normales (12).

Los Adultos Mayores en especial los que sobrepasan los 80 años, aunque vivan en países con sistemas de salud considerados como mejores que los nuestros, suelen presentar de modo concomitante varias enfermedades a la vez, en promedio tres enfermedades del tipo crónico. Así la co-morbilidad, que

se evidencia en este grupo, tiende a dificultar establecer una diferencia entre los sanos y los enfermos, que en su gran mayoría son las personas mayores que presentan alguna enfermedad degenerativa o crónica (12).

De este modo una de las primeras manifestaciones referidas a la enfermedad en el adulto mayor, guardan directa relación con la funcionalidad y la reserva funcional de la persona, por ello se requiere una evaluación permanente en este grupo de personas (12).

FUNCIONALIDAD

Para efectos de funcionamiento de la persona de la tercera edad, el concepto de “independencia funcional o funcionalidad”, está referido a la capacidad de realizar o cumplir una serie de acciones, tareas o actividades, del diario vivir.

La definición se plantea desde una perspectiva funcional, tomando en cuenta a un “anciano sano”, que es el que puede enfrentar el proceso de cambios del envejecimiento, es decir se adapta de manera adecuada, teniendo algo muy importante la funcional y satisfacción personal”.

La pérdida de funcionalidad es una característica que se aprecia conforme transcurren los años, se puede identificar clínicamente cuando hay pérdida de autonomía y aparece la dependencia que, poco a poco, impacta en la calidad de vida de este grupo de personas. Es bien conocido que cada enfermedad crónica genera un tipo específico de pérdida de la funcionalidad, dicho de otro modo “cada enfermedad afecta a un grupo concreto de actividades” (11).

Cuando la pérdida de la independencia y autonomía se instalan, van afectando no solo a la persona, sino también a su entorno social, pues existirá una dependencia que se inicia con algunas actividades complejas, como salir fuera de casa, y en el tiempo se van incrementando en especial si no se actúa sobre ellas, progresando y afectando la autonomía e independencia para las “Actividades Básicas de la Vida Diaria” (11).

FACTORES DE RIESGO DE PERDER LA FUNCIONALIDAD

“Por factor de riesgo se entiende que es “aquella característica innata o adquirida del individuo que se asocia con una probabilidad de fallecer o de padecer una determinada enfermedad o condición”. Así la población cuando existen adultos mayores autovalentes por estar sanos, pero en los que se identifican algunos “factores de riesgo”, estos tiene mayor probabilidad de desencadenar en una enfermedad en los siguientes años” (13).

La capacidad funcional de una persona puede verse alterada, por variados factores de riesgo, entre ellos las enfermedades crónicas, que de por sí solas ya son un factor de riesgo, pues aumentan posibilidades de pérdida de la capacidad funcional y aumenta el riesgo de morir (13).

Cuando se instala el proceso degenerativo, implican la posibilidad de producir complicaciones asociadas a ellas. Entre estas la hipertensión arterial, Dislipidemias, Diabetes Mellitus, Cardiopatía coronaria e insuficiencia cardíaca, Artritis y Artrosis, Accidente vascular transitoria, Osteoporosis (13).

CAÍDAS DEL ADULTO MAYOR

Las caídas son uno de los fenómenos más usuales entre las personas de la tercera edad, siendo uno de los problemas, considerado más importante dentro al interior de la patología geriátrica. De hecho constituye uno de los “Grandes Síndromes Geriátricos”. Por lo tanto constituye un reto en la atención de las personas de edad avanzada.

La caída es un evento fortuito, por el cual el cuerpo cae e impacta sobre una superficie dura. “Las personas se caen, además estas suelen ser mayoritariamente ancianos (y niños). Las caídas no solamente existen, sino que a la luz de la información de que disponemos, hoy en día afirmamos que constituyen uno de los más graves problemas epidemiológicos, generador de una cascada de consecuencias de todo tipo, incluyendo sociales y económicas”.

EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia promedio anual de caídas analizando datos de las personas de la tercera edad que viven en la comunidad está entre los 65-70 años, llega alrededor de 25% y se incrementa a 35% conforme aumenta la edad. La estadística señala que cuando una persona de la tercera edad se cae, tiene una tendencia a volver a hacerlo, y esto genera miedo y temor, en lo que se llama Síndrome de Caídas, causa frecuente de internamiento en instituciones.

Hay una mayor casuística de mujeres que caen, en especial hasta los 75 años, luego la tendencia se nivela.

ETIOLOGÍA DE LAS CAÍDAS

“Las caídas pueden ser causadas por discapacidades físicas que limitan la movilidad o el equilibrio, riesgos del entorno o situaciones potencialmente peligrosas. La mayoría de las caídas ocurren cuando interaccionan varias causas. Por ejemplo, las personas con enfermedad de Parkinson y problemas de visión (discapacidad física) pueden tropezar con un cable eléctrico (riesgo del entorno) cuando se apresuran a contestar al teléfono (situación potencialmente peligrosa)” (5).

“La condición física de las personas se ve afectada por los cambios debidos al envejecimiento, la buena forma física, los trastornos presentes y los fármacos utilizados. Probablemente, el estado físico tiene un efecto más importante sobre el riesgo de caídas que el entorno y las situaciones peligrosas. Las limitaciones en la condición física no solo aumentan el riesgo de caídas, sino que también influyen en cómo responde la persona a los peligros y a las situaciones de riesgo” (5).

Existen un grupo de impedimentos físicos que se relacionan al incremento de las caídas, estos se resumen en:

- “El equilibrio o el caminar

- La visión
- La sensibilidad en el pie
- La fuerza muscular
- Las capacidades cognitivas” (5)

El uso de fármacos es un factor que puede afectar a la capacidad de atención o a la disminución en la presión sanguínea, así mismo se puede incrementar exponencialmente el riesgo de caídas.

Existen una serie de factores del entorno que deben manejarse ante la percepción de peligro. Los riesgos del entorno que aumentan el peligro de caídas comprenden:

- “La iluminación inadecuada
- Las alfombras que no están fijadas
- Los suelos resbaladizos
- Los cables eléctricos y alargadores u otros objetos que se encuentran en las zonas de paso.
- Las aceras irregulares y los bordillos rotos” (5)

“La mayoría de las caídas suceden en casa. Algunas se producen cuando la persona está quieta y de pie, pero la mayoría se producen cuando la persona se está moviendo: al levantarse o sentarse en la cama, una silla o el asiento del inodoro, o bien al caminar, subir o bajar escaleras. Mientras la persona está en movimiento, es posible que tropiece o dé un paso en falso, o puede perder el equilibrio. Cualquier movimiento puede ser peligroso. Pero el peligro aumenta si la persona se mueve apresuradamente o está distraída. Por ejemplo, andar de prisa para ir al baño o para contestar al teléfono, o hablar por un teléfono móvil, hace más peligroso el movimiento” (5).

CONSECUENCIAS DE LAS CAÍDAS

1. “Físicas: La fractura es la consecuencia más seria de las caídas. La tasa de mortalidad entre los enfermos que han sufrido una fractura de cadera es del 10-

20 % más alta que entre aquellas de igual sexo y edad que no la han sufrido” (6).

2. Se ha señalado que la mayor parte de los fallecimientos de personas que caen ocurren en los 4 meses posteriores a la caída, pero además es una causa importante de incapacidad física como efecto posterior a esta, debido a que la mitad de las personas que sobreviven a ella, no pudiendo recuperar el nivel funcionalidad que tenía antes (7).
3. “Otras consecuencias son daños de tejidos blandos, los traumas de tejidos nerviosos (poco frecuente, pero graves); así como la hipotermia, deshidratación, infecciones respiratorias y sobre todo, el trombo embolismo pulmonar y las úlceras de decúbito” (7).
4. Psíquicas: Pues generan el miedo a volver a caer una vez más, lo que es un estado permanente de ansiedad, además de la pérdida de confianza en sus propias capacidades locomotoras, por lo que surge el aislamiento social, y claro esta restricciones de las “Actividades Básicas de la Vida Diaria” (8)
5. Sociales: “Los familiares ante una caída, con frecuencia reaccionan con ansiedad y se convierten en sobreprotectores que limitan la relativa autonomía del anciano” (9)

Debido a que se van restringiendo las actividades que desarrollan normalmente las personas por la falta de confianza, surge la negación, la agresividad y el miedo a volver a caer. Esto afecta a la persona y a su familia.

FACTORES DE RIESGO DE LAS CAÍDAS

“La caída se define como una precipitación al suelo, repentina, involuntaria e insospechada, con o sin lesión secundaria, confirmada por el paciente o un testigo. Cualquier persona presenta el riesgo de sufrir una caída, pero es el grupo de los ancianos en el que la incidencia es mayor. Los factores de riesgo para sufrir una caída se clasifican en intrínsecos (o propios de las características de la persona) y extrínsecos o ambientales” (10).

1.- FACTORES INTRÍNSECOS

A. Inestabilidad.

“Dentro de los cambios propios del proceso del envejecimiento se produce un deterioro en dos mecanismos imprescindibles para la bipedestación y la marcha estable como son el mantenimiento del equilibrio y la capacidad de respuesta rápida y efectiva ante su pérdida. El anciano presenta inestabilidad postural, cambios en la marcha: pasos más cortos, disminución de la excursión de cadera y tobillo, aumenta la separación de las puntas de los pies para así aumentar la base de sustentación, aumenta el periodo de latencia y respuesta reflejo motora inconstante ante los cambios posturales. Es decir, el anciano presenta más dificultad para mantener la estabilidad mecánica alrededor de la línea de gravedad, que es perturbada por el movimiento y tienen más dificultad para generar maniobras posturales reflejas correctoras” (10).

Además en relación a las alteraciones asociadas al envejecimiento considerado normal, se aparecen algunas enfermedades que causan alteraciones en la marcha como enfermedad de Parkinson, infartos cerebrales, deficiencias sensoriales, etc. que aumenta la inestabilidad(10).

B. Alteraciones visuales, auditivas y vestibulares.

“Es típico en los grupos de edad avanzada la aparición de patologías en los sistemas vestibular y de visión (cataratas, empeoramiento de la agudeza visual, tolerancia a la luz y adaptación a la oscuridad, hipoacusias, angioesclerosis, etc.) que van a provocar una alteración en la capacidad de orientación de uno mismo con respecto a los objetos del entorno” (10).

C. Presencia de determinadas patologías crónicas, físicas y mentales

“En la población anciana, mayor es la incidencia, cuanto mayor sea la persona, es muy frecuente la aparición de una o varias patologías crónicas que puede ser un factor de riesgo predisponente para la aparición de caídas. Patologías neurológicas como la enfermedad de Parkinson, las Demencias y enfermedad

cerebrovascular; patologías cardiovasculares como la hipotensión, arritmias, insuficiencia cardíaca y los síncope; y patologías musculoesqueléticas como la osteoartritis, deformidades de los pies, osteoporosis, fracturas, etc. muchas veces aparecen combinadas en los ancianos, hecho que provoca un riesgo para sufrir una caída” (10).

D. Enfermedades agudas, como deshidratación, anemias, cuadros febriles, etc.

Se consideran como un factor de riesgo importante a la hora de producir caídas.

E. Fármacos.

“Un factor productor de caídas en el anciano es el uso de fármacos. Los fármacos más relacionados con la incidencia de caídas son sedantes e hipnóticos, antihipertensivos (pueden influir por producir hipotensión postural o disminución del flujo sanguíneo cerebral), diuréticos, por el riesgo de producir hipotensión, etc. Un alto porcentaje de ancianos toman medicamentos diariamente y la mayor parte de ellos presentan una ingesta de dos o más medicamentos al día” (10).

“Hay que tener en cuenta que no es infrecuente en la población anciana, el mal cumplimiento de la dosis, confusión entre los diferentes fármacos y la automedicación (normalmente por consejos de compañeros y vecinos). Esto junto con la pluripatología y la polifarmacia supone que las reacciones adversas entre medicamentos sean más frecuentes en los ancianos y aumenten el riesgo de caída” (10).

2.- FACTORES EXTRÍNSECOS

Los factores considerados como extrínsecos, se asocian a la actividad o al entorno. Hablando de actividad, se considera que la mayoría de ellas llegan a ocurrir cuando se efectúan las actividades cotidianas. Pero también se entiende que un porcentaje llega a tener lugar en momentos que el anciano va actuando

en actividades peligrosas, tales como subirse a una silla, etc. Aunque no parezca, una de las actividades más riesgosas, es subir gradas con respecto a bajarlas, en este acceso se producen alrededor del 10% de caídas (10).

“La vivienda es un lugar “peligroso”. En comparación con los centros geriátricos, es difícil encontrar un domicilio correctamente adaptado. La existencia de suelos irregulares o con desniveles, la falta de una iluminación adecuada, escaleras sin pasamanos ni descansillo o con escalones muy altos, y cuartos de baño con lavados y retretes muy bajos, sin barras en duchas y aseos, etc. son factores que van a aumentar el riesgo de producir una caída en el anciano” (10).

“Respecto al ambiente exterior al domicilio la existencia de multitud de obstáculos y desniveles en las aceras, como los bolardos, papeleras, etc., la mala conservación del pavimento o la insuficiente altura de bancos, etc. a nivel de la calle, o suelos muy encerados y resbaladizos, la ausencia de superficies antideslizantes en escaleras o rampas en lugares públicos van a incrementar ese riesgo, ya por sí alto que presentan los ancianos a caer” (10).

2.3 TEORIA DE ENFERMERÍA APLICADA

El uso de los modelos teóricos permite la racionalidad, reduce la intuición, genera delimitación del saber profesional y disciplinar. Contribuye a proyectar el que hacer más allá de la técnica, de las rutinas y la tradición. Fomenta un cuerpo de conocimientos sistemático, consistente con la ciencia (5).

TEORÍA DE DOROTHEA OREM: DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO

“Los enfermeros(as) actúan cuando el individuo, por cualquier razón, no puede auto cuidarse, para ello D. Orem propone los siguientes métodos de asistencia de enfermería, que se basan en la relación de ayuda y/o suplencia los enfermeros(as) hacia el paciente”, y son:

1. “Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo que no es empático.
2. Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias al adulto mayor.
3. Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
4. Promover un entorno favorable al desarrollo personal, por ejemplo las medidas de higiene en la casa acogida fundación apacktone.
5. Enseñar a la persona en el cual realizamos el cuidado, ejemplo al adulto mayor con enfermedades de Parkinson” (12).

El déficit de autocuidado es una contra teoría que explica una relación entre capacidades y la capacidad del individuo. El déficit de autocuidado no hace alusión a una limitación específica, sino que se establece una relación entre lo que puede hacer el individuo y la necesidad que tiene. “Cuando se instala el déficit de autocuidado, se deben realizar acciones profesionales de enfermería durante algún tiempo para compensarlo; a esto Orem lo llama demanda terapéutica de autocuidado” (13).

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **DEPENDENCIA:** Situación funcional o de necesidad de ayuda en la realización de las “Actividades Básicas de la Vida Diaria” (por ejemplo, alimentarse, asearse, moverse).
- **DISCAPACIDAD:** Reducción parcial o total de la capacidad de realizar una actividad o función dentro de los límites que se consideran normales, como resultado de una deficiencia o enfermedad.
- **“ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA” (AVD):** Son las acciones que realiza una persona en forma cotidiana para la subsistencia y autocuidado.
- **“ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA” (ABVD):** Son las más elementales y consisten en poder realizar en forma independiente las

actividades de alimentación, aseo, vestuario, movilidad, continencia y el uso del baño.

- **ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD):** Llamadas así porque requieren algunos instrumentos y precisan mayor indemnidad del individuo para ser realizadas, posibilitando a la persona para tener una vida social mínima. Dentro de ellas se cuentan el uso del teléfono, cuidado de la casa, salir de compras, preparación de la comida, uso de medios de transporte, uso adecuado del dinero y responsabilidad sobre sus propios medicamentos.
- **ADULTO MAYOR:** Persona de 60 años y más, criterio de Naciones Unidas. El término adulto mayor, como también persona mayor, en reemplazo de tercera edad, anciano, abuelo, viejo, senescente que pueden ser entendidos en un sentido peyorativo y que se asocian a una imagen negativa, discriminatoria y sesgada de la vejez.
- **ADULTO MAYOR FUNCIONALMENTE SANO:** “Aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio en la vejez con un nivel adecuado de adaptabilidad y satisfacción personal”

CAPÍTULO III:

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDIO

La realización del presente estudio fue de tipo: Correlacional; porque se establece la relación existente entre el nivel de funcionalidad y el riesgo de caída del adulto mayor institucionalizada en la casa acogida fundación Apaktone, desde el punto de vista de manejo de variables y de cohorte transversal; porque la medición se realizó en un solo momento, en cuanto a la medición de la variable.

3.1.1 CORRELACIONAL SIMPLE

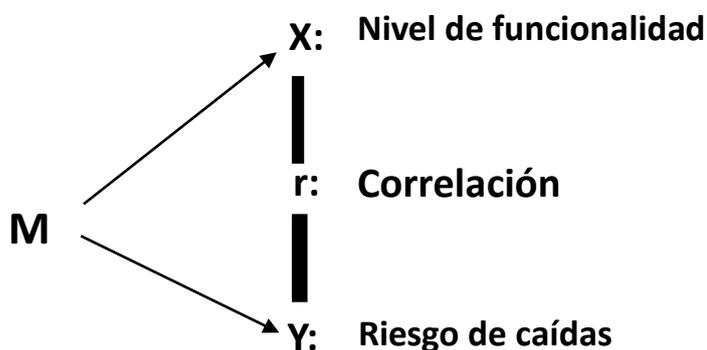
Porque se medirán las dos variables de estudio y se efectuar el cruce de variables para determinar si existe influencia de una sobre otra y en qué medida.

3.1.2 TRANSVERSAL

Porque la medición del fenómeno de estudio se realizó en una única ocasión para cada unidad de la muestra.

3.2 DISEÑO DEL ESTUDIO

Corresponde a un estudio de tipo correlacional de cohorte transversal que se denota de la siguiente manera.



3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1 POBLACIÓN MUESTRAL

La población estuvo constituida por la totalidad de adulto mayores residentes en la “Casa Acogida Apaktone”, que de acuerdo a informe de la dirección del mismo tiene a la fecha 32 residentes. (Marzo del 2017)

N = 32 adultos mayores

3.3.2 MUESTRA

Debido que la población es pequeña se trabajó con totalidad, se empleó un muestreo no probabilístico intencionado ya que fue una muestra censal.

n = 32 adultos mayores.

3.4.- CRITERIOS DE SELECCION

3.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Persona adulto mayor institucionalizada, es decir que vivan en la “Casa Acogida Apaktone”, y que aceptaron ser entrevistados.

3.4.2.-CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Personas adulto mayores que no residen “Casa Acogida Apaktone”, desearon conformar parte de estudio.

3.5. MÉTODOS Y TÉCNICA

3.5.1 MÉTODO

Analítico e inductivo-deductivo.

3.5.2 TÉCNICA

Para la ejecución del presente trabajo de investigación la técnica que se utilizó fue una observación minuciosa para medir funcionalidad y riesgo de caídas.

3.5.3 INSTRUMENTO

Se empleó en el estudio; ficha de observación ampliamente difundidos que miden la salud de las personas adultos mayores, denominados Medición de la ““Actividades Básicas de la Vida Diaria”” (AVD) y la Escala de riesgo de caídas (J.H. Down Ton)

Los instrumentos no necesitaron ser validados, por constituir instrumentos confiables para medir la salud de la persona adulta mayor e incorporados al grupo de baterías que aplica el Ministerio de Salud a este segmento poblacional.

3.5.4 MÉTODO DE RECOJO DE DATOS

Para el procedimiento de recolección de datos se procedió de la forma siguiente:

- Se verificó la viabilidad del estudio, solicitando autorización para la realización del mismo en la dirección de la “Casa Acogida Apaktone” de la ciudad de Puerto Maldonado.
- Al otorgamiento de la autorización, se inició con la observación a todos y cada uno de los integrantes de la muestra, se recabó la información en los instrumentos mismos que previamente debieron aceptar su

participación, para lo que firmaron o colocaron su huella en un formulario de consentimiento informado.

3.6 TRATAMIENTO DE LOS DATOS

Los datos obtenidos tras la aplicación del instrumento, fueron tabulados en una hoja de cálculo Excel, tratados con la aplicación del SPSS 20, se realizaron los cruces de variables y se aplicó estadística descriptiva e inferencial.

CAPÍTULO IV:

RESULTADOS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

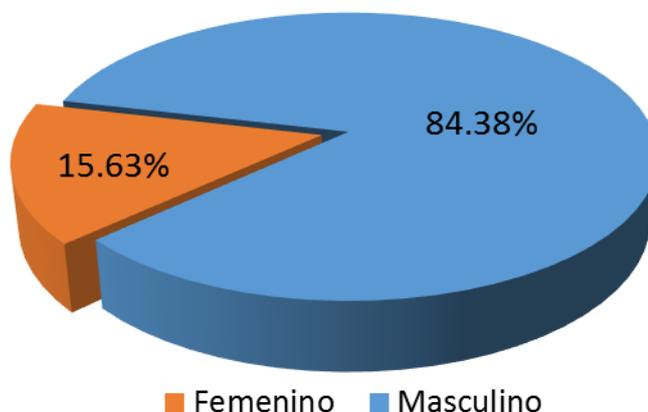
En el presente capítulo se analizan los resultados obtenidos del procesamiento estadístico de las fichas de observación aplicados a los adultos mayores institucionalizados en la de Puerto Maldonado en el 2017, con la finalidad de conocer su nivel de funcionalidad en relación al riesgo de caídas en su proceso de cuidado.

TABLA N° 01
DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN SEXO DE LA CASA
ACOGIDA FUNDACIÓN APAKTONE - PUERTO MALDONADO
AÑO 2017

SEXO	PERSONA ADULTO MAYOR	
	N	%
Femenino	5	15.63
Masculino	27	84.38
TOTAL	32	100.00

Fuente: Elaborado por las investigadoras, basada en instrumento de fichas de observación aplicado a la persona adulto mayor, Casa acogida Fundación Apaktone, Puerto Maldonado, Marzo de 2017.

GRÁFICO N° 01
DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN SEXO DE LA CASA
ACOGIDA FUNDACIÓN APAKTONE - PUERTO MALDONADO
AÑO 2017



Fuente: Elaborado por las investigadoras, basada en instrumento de fichas de observación aplicado a la persona adulto mayor, Casa acogida Fundación Apaktone, Puerto Maldonado, Marzo de 2017.

INTERPRETACIÓN

Según los resultados de la tabla y gráfico N° 01, se tiene que los adultos mayores encuestados según su sexo; la mayoría de los adultos mayores son del sexo masculino en un 84.38% y con relación al 15.63% del sexo femenino.

Lo que da a concluir que son los adultos mayores del sexo masculino los que se encuentran residiendo con prioridad en la casa de acogida.

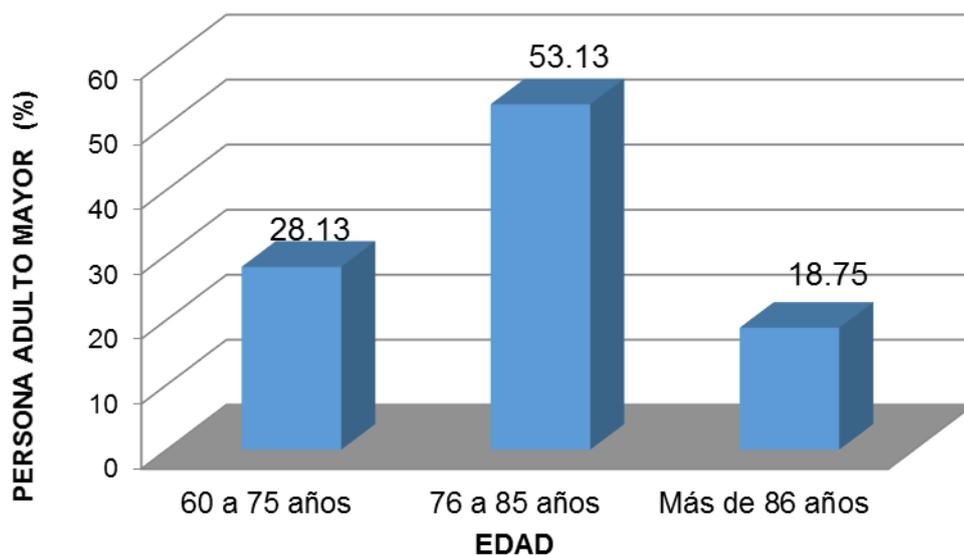
TABLA N° 02

DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN SU EDAD DE LA CASA
 ACOGIDA FUNDACIÓN APAKTONE - PUERTO MALDONADO
 AÑO 2017.

EDAD	PERSONA ADULTO MAYOR	
	N	%
60 a 75 años	9	28.13
76 a 85 años	17	53.13
Más de 86 años	6	18.75
TOTAL	32	100.00

Fuente: Elaborado por las investigadoras, basada en instrumento de fichas de observación aplicado a la persona adulto mayor, Casa acogida Fundación Apaktone, Puerto Maldonado, Marzo de 2017.

GRÁFICO N° 02
DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN SU EDAD DE LA CASA
ACOGIDA FUNDACIÓN APAKTONE - PUERTO MALDONADO
AÑO 2017.



Fuente: Elaborado por las investigadoras, basada en instrumento de fichas de observación aplicado a la persona adulto mayor, Casa acogida Fundación Apaktone, Puerto Maldonado, Marzo de 2017.

INTERPRETACIÓN

Según los resultados de la edad en la tabla y gráfico N°02, se aprecia que los adultos mayores encuestados tienen más de la mitad (53,13%) edades 76 a 85 años de edad, seguido de un poco más de la cuarta parte (28,13%) que poseen edades de 60 a 75 años y finalmente en una minoría (18.75%) de los adultos mayores poseen edades de más de 86 años. Esto debido a que de acuerdo normas de recepción del centro deben de ser mayores de 60 años de edad; además se evidencia según este grupo etáreo mayor repercusión en estado de funcionalidad por la edad avanzada, y puede predisponer a las caídas.

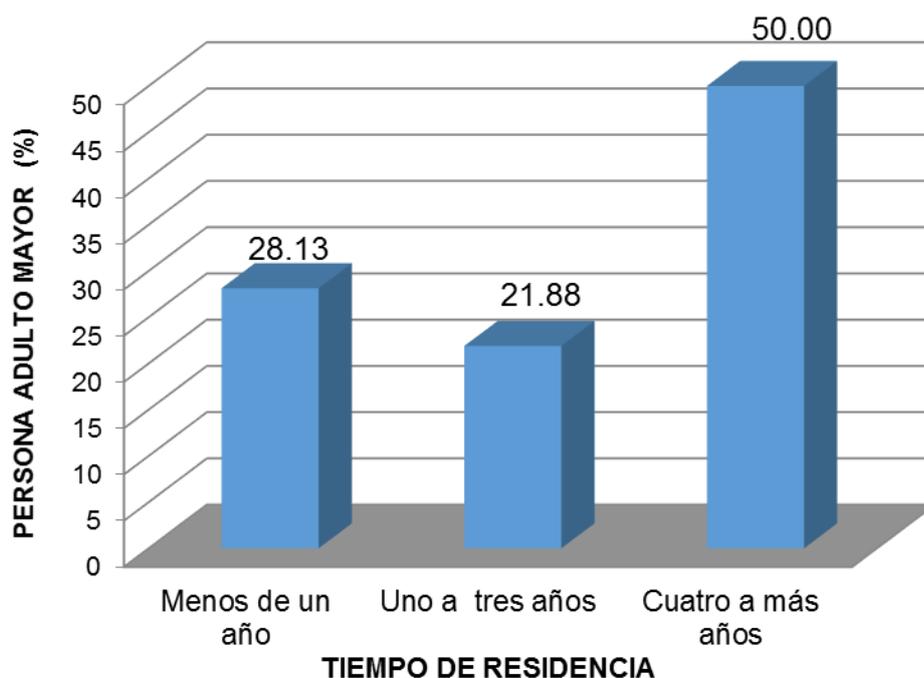
TABLA N° 03

DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN SU TIEMPO DE RESIDENCIA DE LA CASA ACOGIDA FUNDACIÓN APAKTONE - PUERTO MALDONADO AÑO 2017.

TIEMPO DE RESIDENCIA	PERSONA ADULTO MAYOR	
	N	%
Menos de un año	9	28.13
Uno a tres años	7	21.88
Cuatro a más años	16	50.00
TOTAL	32	100.00

Fuente: Elaborado por las investigadoras, basada en instrumento de fichas de observación aplicado a la persona adulto mayor, Casa acogida Fundación Apaktone, Puerto Maldonado, Marzo de 2017.

GRÁFICO N° 03
DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN SU TIEMPO DE RESIDENCIA DE LA CASA ACOGIDA FUNDACIÓN APAKTONE - PUERTO MALDONADO AÑO 2017.



Fuente: Elaborado por las investigadoras, basada en instrumento de fichas de observación aplicado a la persona adulto mayor, Casa acogida Fundación Apaktone, Puerto Maldonado, Marzo de 2017.

INTERPRETACIÓN

Según los resultados de la tabla y gráfico N° 03, los adultos mayores encuestados según su tiempo de residencia tienen, en la mitad del total de los adultos mayores cuatro a más años de residencia en la casa acogida (50.00%), luego el 28.13% poseen menos de un año de residencia y finalmente un poco más de la quinta parte posee de uno a tres años de tiempo de residencia en la casa acogida fundación Apaktone. La mayor

incidencia de tiempo de permanencia, se debe por son personas de familiares que radican en la región de Madre de Dios, y que dado las limitaciones para los cuidados de dichos adultos, los internan para que reciban los cuidados de acuerdo a sus necesidades.

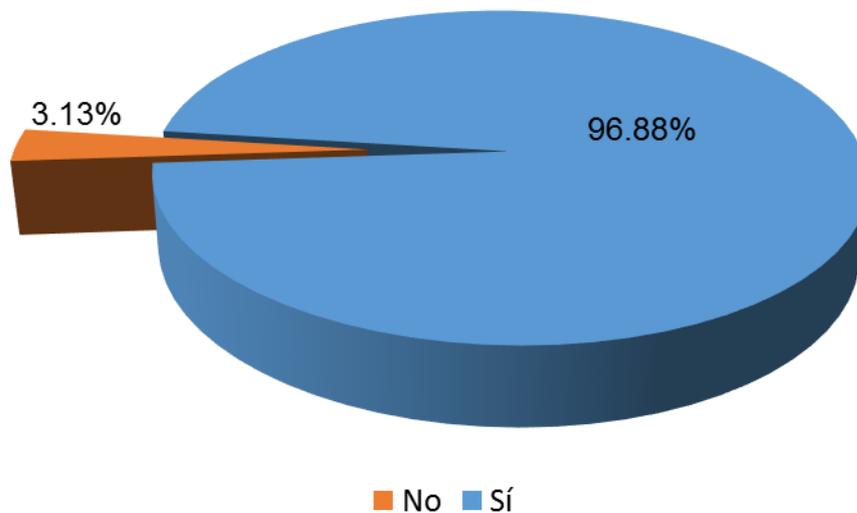
TABLA N° 04

DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN OCURRENCIA DE CAIDAS PREVIAS DE LA CASA ACOGIDA FUNDACIÓN APAKTONE - PUERTO MALDONADO, AÑO 2017.

CAÍDAS PREVIAS	PERSONA ADULTO MAYOR	
	N	%
No	1	3.13
Sí	31	96.88
TOTAL	32	100.00

Fuente: Elaborado por las investigadoras, basada instrumento de fichas de observación aplicado a la persona adulto mayor, Casa acogida Fundación Apaktone, Puerto Maldonado, Marzo de 2017.

GRÁFICO N° 04
DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN OCURRENCIA DE
CAIDAS PREVIAS DE LA CASA ACOGIDA FUNDACIÓN APAKTONE -
PUERTO MALDONADO, AÑO 2017.



Fuente: Elaborado por las investigadoras, basada en instrumento de fichas de observación aplicado a la persona adulto mayor, Casa acogida Fundación Apaktone, Puerto Maldonado, Marzo de 2017.

INTERPRETACIÓN

Según los resultados de la tabla y gráfico N°04, se tiene que los adultos mayores encuestados han tenido caídas previas en un 96,88%, solo un adulto mayor no tuvo caídas previas que corresponde a 3,13%. La mínima cantidad de ocurrencias de

caídas se da porque existe cuidados adecuados del personal cuidador del establecimiento , a pesar que son adultos mayores de edad muy avanzada(76 a 85 años de edad) y su capacidad funcional cada vez disminuye.

TABLA N° 05

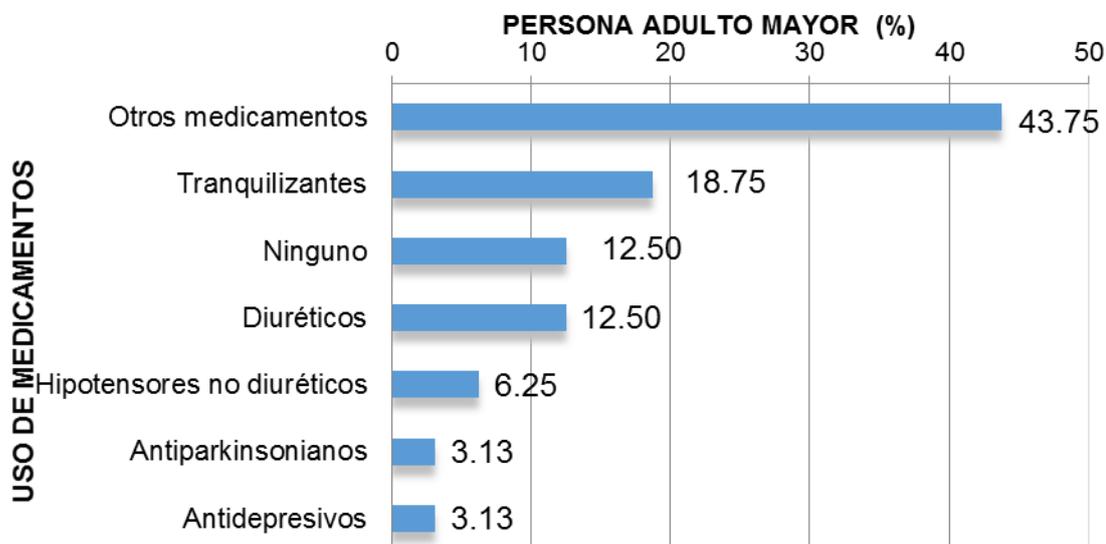
DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN USO DE MEDICAMENTOS DE LA CASA ACOGIDA FUNDACIÓN APAKTONE - PUERTO MALDONADO AÑO 2017.

USO DE MEDICAMENTOS	PERSONA ADULTO MAYOR	
	N	%
Otros medicamentos	14	43.75
Tranquilizantes	6	18.75
Ninguno	4	12.50
Diuréticos	4	12.50
Hipotensores no diuréticos	2	6.25
Antiparkinsonianos	1	3.13
Antidepresivos	1	3.13
TOTAL	32	100.00

Fuente: Elaborado por las investigadoras, basada en instrumento de fichas de observación aplicado a la persona adulto mayor, Casa acogida Fundación Apaktone, Puerto Maldonado, Marzo de 2017.

GRÁFICO N° 05

DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN USO DE
MEDICAMENTOS DE LA CASA ACOGIDA FUNDACIÓN APAKTONE -
PUERTO MALDONADO AÑO 2017.



Fuente: Elaborado por las investigadoras, basada en instrumento de fichas de observación aplicado a la persona adulto mayor, Casa acogida Fundación Apaktone, Puerto Maldonado, Marzo de 2017.

INTERPRETACIÓN

Según los resultados de la tabla y gráfico N° 05, se tiene que los adultos mayores encuestados, emplean otros medicamentos en un poco menos de la mitad (43.5%), en segundo lugar los adultos mayores toman tranquilizantes en un 18.75%, en tercer lugar un 12.50% no usa ningún medicamento y en igual proporción usa diuréticos. En menor proporción se usan los medicamentos Hipotensores no diuréticos (6.25%), los anti parkinsonianos y antidepresivos se emplean en cada caso en 3.13%. Este dato se relaciona de alguna forma con la mínima ocurrencia de caídas ; ya que son otros medicamentos que no tiene implicancias con estabilidad física y desplazamiento.

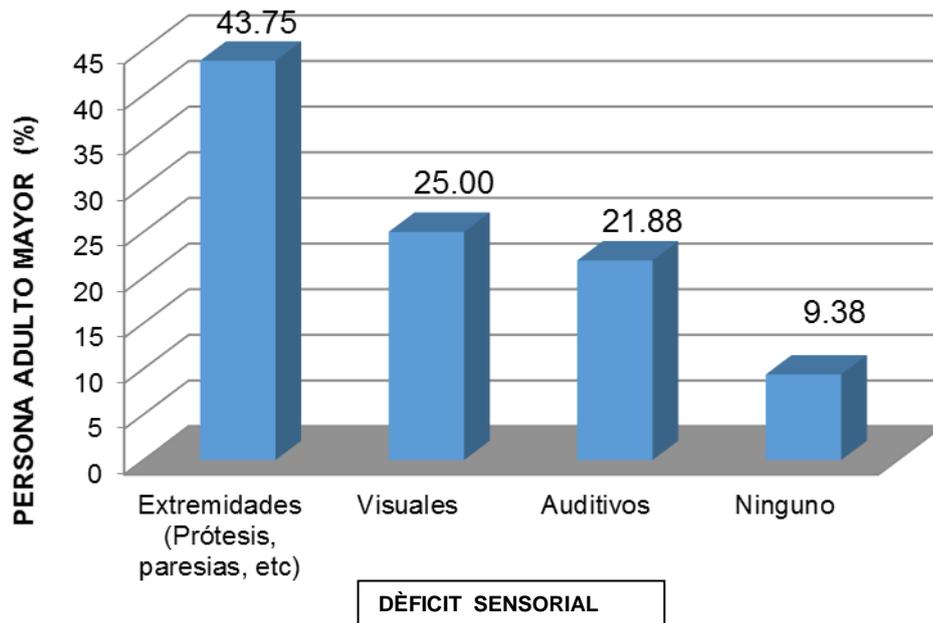
TABLA N° 06

DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN LA PRESENCIA DE DEFICIT SENSORIAL, DE LA CASA ACOGIDA FUNDACIÓN APAKTONE - PUERTO MALDONADO AÑO 2017.

DÉFICIT SENSORIAL	PERSONA ADULTO MAYOR	
	N	%
Extremidades (Prótesis, paresias, etc)	14	43.75
Visuales	8	25.00
Auditivos	7	21.88
Ninguno	3	9.38
TOTAL	32	100.00

Fuente: Elaborado por las investigadoras, basada en instrumento de fichas de observación aplicado a la persona adulto mayor, Casa acogida Fundación Apaktone, Puerto Maldonado, Marzo de 2017.

GRÁFICO N° 06
DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN LA PRESENCIA DE DEFICIT SENSORIAL, DE LA CASA ACOGIDA FUNDACIÓN APAKTONE - PUERTO MALDONADO AÑO 2017.



Fuente: Elaborado por las investigadoras, basada en instrumento de fichas de observación aplicado a la persona adulto mayor, Casa acogida Fundación Apaktone, Puerto Maldonado, Marzo de 2017.

INTERPRETACIÓN

Según los resultados de la tabla y gráfico N° 06, se tiene los resultados sobre los adultos mayores encuestados, encontrando que según su déficit sensorial un poco menos de la mitad tienen prótesis, pasesias, etc, en un 43.75%, seguidamente el 25% tiene déficit sensorial en la parte visual: En tercer lugar tienen déficit auditiva y finalmente menos de la décima parte no posee ningún déficit sensorial (9.38%). La vejez como etapa trae consigo la presencia de enfermedades degenerativas; en tal sentido estos adultos mayores presentan mayor incidencia de los déficit de las extremidades , especialmente asociados a los trastorno vestibulares.

TABLA N° 07

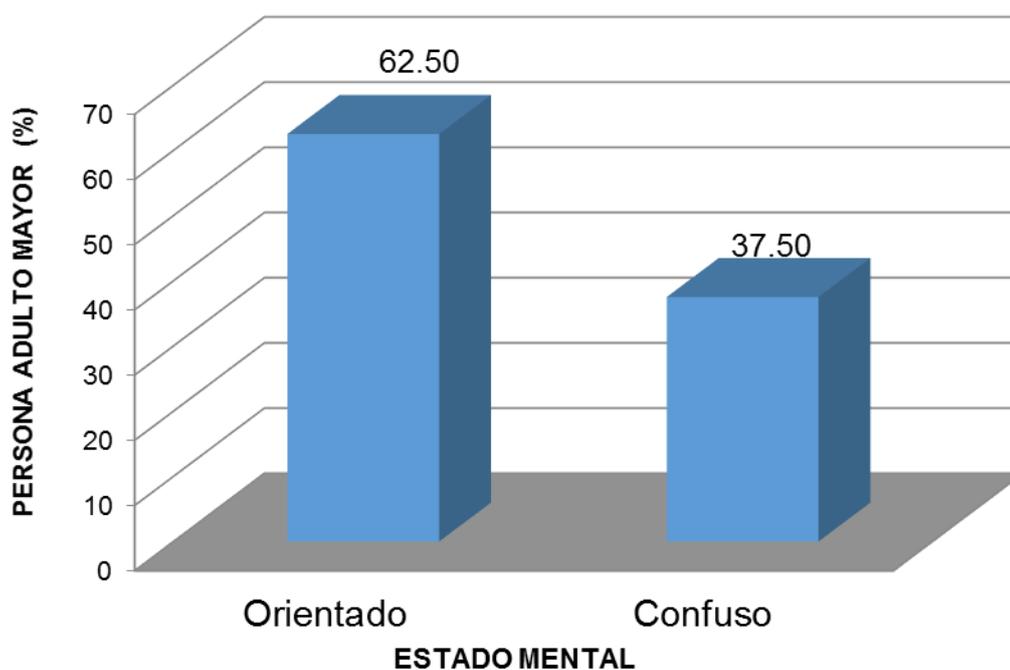
DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN SU ESTADO MENTAL
 DE LA CASA ACOGIDA FUNDACIÓN APAKTONE - PUERTO
 MALDONADO
 AÑO 2017.

ESTADO MENTAL	PERSONA ADULTO MAYOR	
	N	%
Orientado	20	62.50
Confuso	12	37.50
TOTAL	32	100.00

Fuente: Elaborado por las investigadoras, basada en instrumento de fichas de observación aplicado a la persona adulto mayor, Casa acogida Fundación Apaktone, Puerto Maldonado, Marzo de 2017.

GRÁFICO N° 07

DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN SU ESTADO MENTAL
DE LA CASA ACOGIDA FUNDACIÓN APAKTONE - PUERTO
MALDONADO
AÑO 2017.



Fuente: Elaborado por las investigadoras, basada en instrumento de fichas de observación aplicado a la persona adulto mayor, Casa acogida Fundación Apaktone, Puerto Maldonado, Marzo de 2017.

INTERPRETACIÓN

Según los resultados de la tabla y gráfico N° 07, se aprecia que los adultos mayores evaluados se encuentran orientados en un 62.50% y confuso en 37.50%

El predominan del estado mental orientado de los adultos mayores de este centro de acogida; es porque dentro de sus cuidados realizan terapia de memoria, eso mantiene estar lucido.

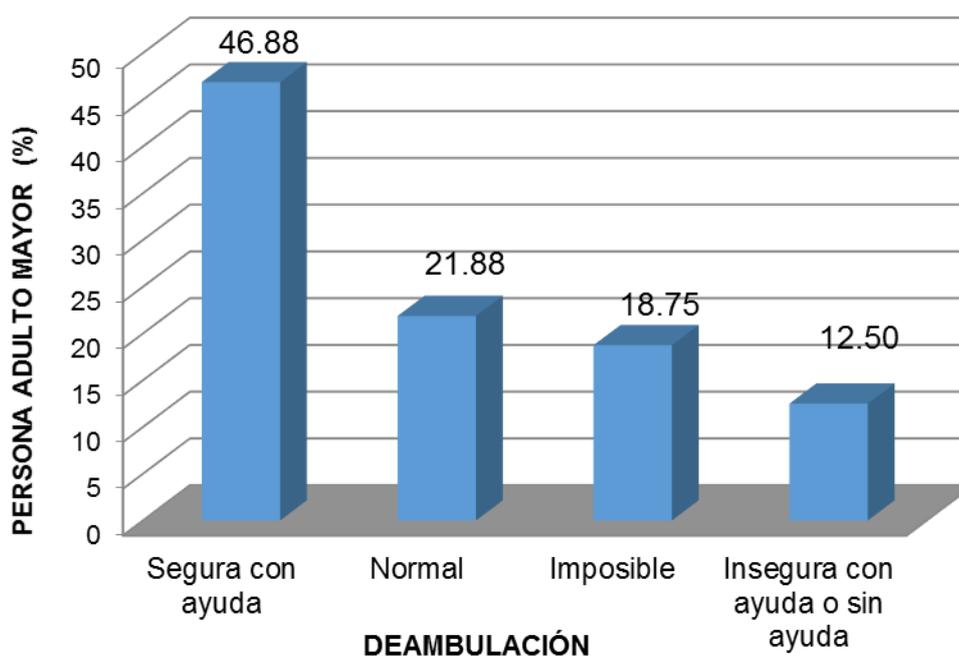
TABLA N° 08

DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN ESTADO DE DEAMBULACIÓN DE LA CASA ACOGIDA FUNDACIÓN APAKTONE - PUERTO MALDONADO, AÑO 2017.

DEAMBULACIÓN	PERSONA ADULTO MAYOR	
	N	%
Segura con ayuda	15	46.88
Normal	7	21.88
Imposible	6	18.75
Insegura con ayuda o sin ayuda	4	12.50
TOTAL	32	100.00

Fuente: Elaborado por las investigadoras, basada en instrumento de fichas de observación aplicado a la persona adulto mayor, Casa acogida Fundación Apaktone, Puerto Maldonado, Marzo de 2017.

GRÁFICO N° 08
DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN ESTADO DE
AMBULACIÓN DE LA CASA ACOGIDA FUNDACIÓN APAKTONE - PUERTO
MALDONADO, AÑO 2017



Fuente: Elaborado por las investigadoras, basada en instrumento de fichas de observación aplicado a la persona adulto mayor, Casa acogida Fundación Apaktone, Puerto Maldonado, Marzo de 2017.

INTERPRETACIÓN

Según los resultados de la tabla y gráfico N° 08, el 46,88% tiene deambulaci3n segura con ayuda, en tanto que el 21,88% deambula de manera normal, 18,75% tiene deambulaci3n imposible y 12,50% tiene deambulaci3n insegura con o sin ayuda.

Lo que nos da a concluir que menos de un cuarto de personas adulto mayores mantienen una deambulaci3n segura que les permite realizar sus actividades diarias, el resto necesita asistencia, y la situaci3n se extrema para un quinto de ellos cuya deambulaci3n no es ya posible, y se realizan mediante de dispositivos de movilizaci3n.

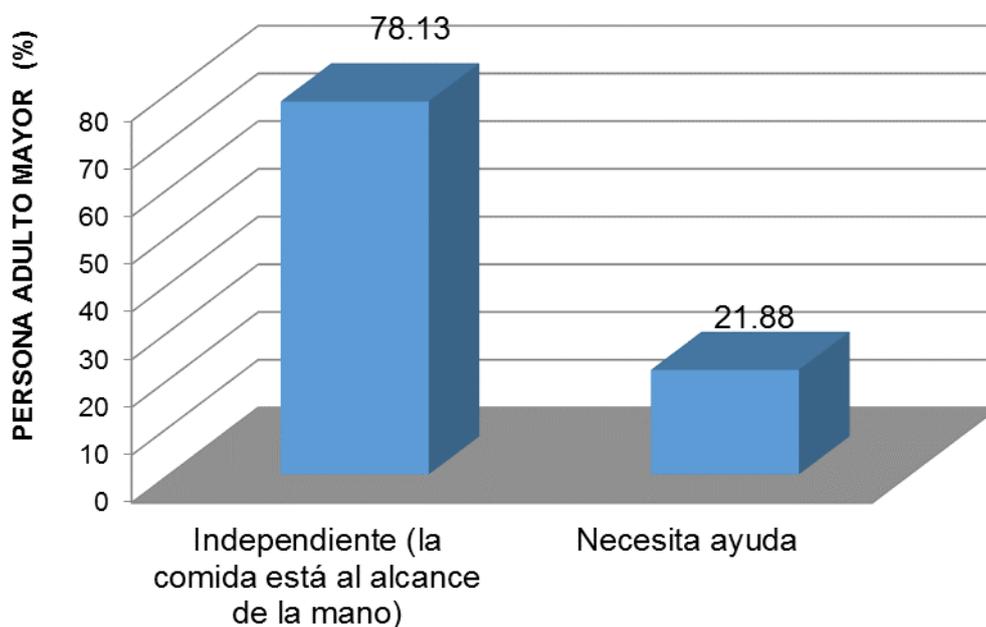
TABLA N° 09

DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN ACTIVIDAD DE ALIMENTACION DE LA CASA ACOGIDA FUNDACI3N APAKTONE - PUERTO MALDONADO AÑO 2017.

COMER	PERSONA ADULTO MAYOR	
	N	%
Independiente (la comida est3 al alcance de la mano)	25	78.13
Necesita ayuda	7	21.88
TOTAL	32	100.00

Fuente: Elaborado por las investigadoras, basada en instrumento de fichas de observaci3n aplicado a la persona adulto mayor, Casa acogida Fundaci3n Apaktone, Puerto Maldonado, Marzo de 2017.

GRÁFICO N° 09
DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN ACTIVIDAD DE ALIMENTACION DE LA CASA ACOGIDA FUNDACIÓN APAKTONE - PUERTO MALDONADO AÑO 2017.



COMER

Fuente: Elaborado por las investigadoras, basada en instrumento de fichas de observación aplicado a la persona adulto mayor, Casa acogida Fundación Apaktone, Puerto Maldonado, Marzo de 2017.

INTERPRETACIÓN

Según los resultados de la tabla y gráfico N° 09, el 76.12% de adulto mayores mantiene independencia para comer, cuando la comida se halla a la mano, en tanto que el 21.88 necesita ayuda. Por lo tanto en cierta forma existe un nivel de independencia para satisfacer sus necesidades de alimentación. Mientras que hay poco más de un quinto de personas adultos mayores que necesita de una tercera persona para esta función esencial, cual es alimentarse.

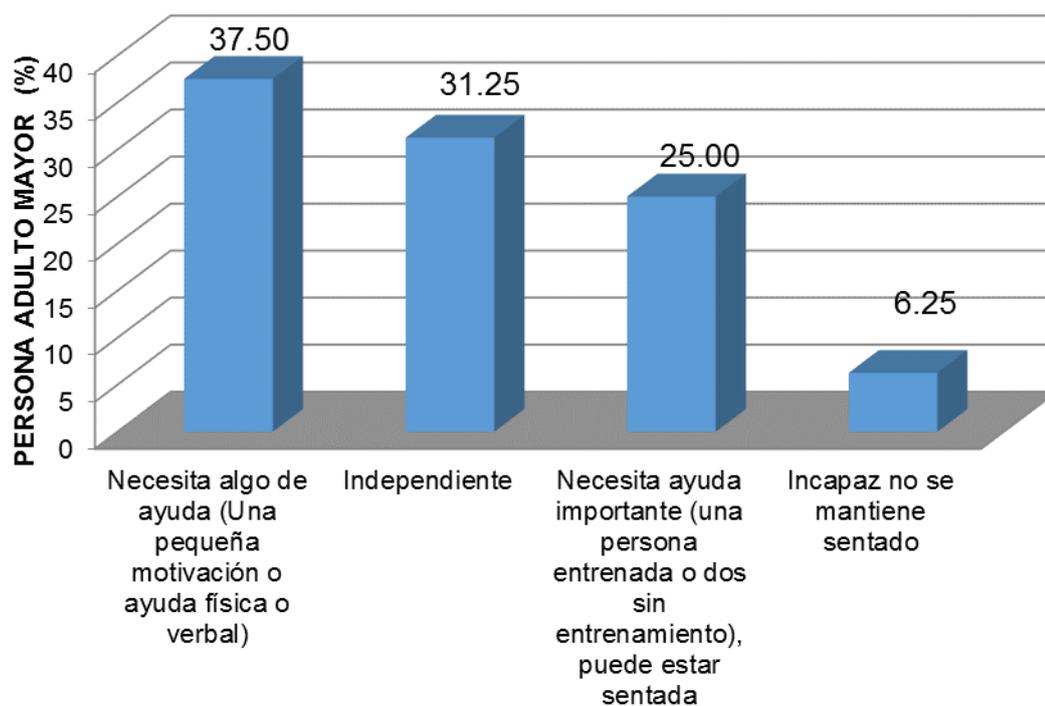
TABLA N° 10

DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN TRASLADO DE UN LUGAR A OTRO DE LA CASA ACOGIDA FUNDACIÓN APAKTONE - PUERTO MALDONADO, AÑO 2017.

TRASLADARSE ENTRE UNA SILLA Y LA CAMA	PERSONA ADULTO MAYOR	
	N	%
Necesita algo de ayuda (Una pequeña motivación o ayuda física o verbal)	12	37.50
Independiente	10	31.25
Necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos sin entrenamiento), puede estar sentada	8	25.00
No capaz no se mantiene sentado	2	6.25
TOTAL	32	100.00

Fuente: Elaborado por las investigadoras, basada en instrumento de fichas de observación aplicado a la persona adulto mayor, Casa acogida Fundación Apaktone, Puerto Maldonado, Marzo de 2017.

GRÁFICO N° 10
DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN TRASLADO DE UN
LUGAR A OTRO DE LA CASA ACOGIDA FUNDACIÓN APAKTONE -
PUERTO MALDONADO, AÑO 2017.



TRASLADARSE ENTRE UNA SILLA Y LA CAMA

Fuente: Elaborado por las investigadoras, basada en instrumento de fichas de observación aplicado a la persona adulto mayor, Casa acogida Fundación Apaktone, Puerto Maldonado, Marzo de 2017.

INTERPRETACIÓN

Según los resultados de la tabla y gráfico N°10, el 37,50% de adulto mayor necesita algo de ayuda para moverse entre la cama y la silla, 31,25% se mantiene independiente, 25 % requiere ayuda y el 6,25% es no capaz de mantenerse sentado inclusive. El resultado que esta tabla se relaciona con cuadro N° 08, donde existe las condiciones de deambulacion de los adultos mayores.

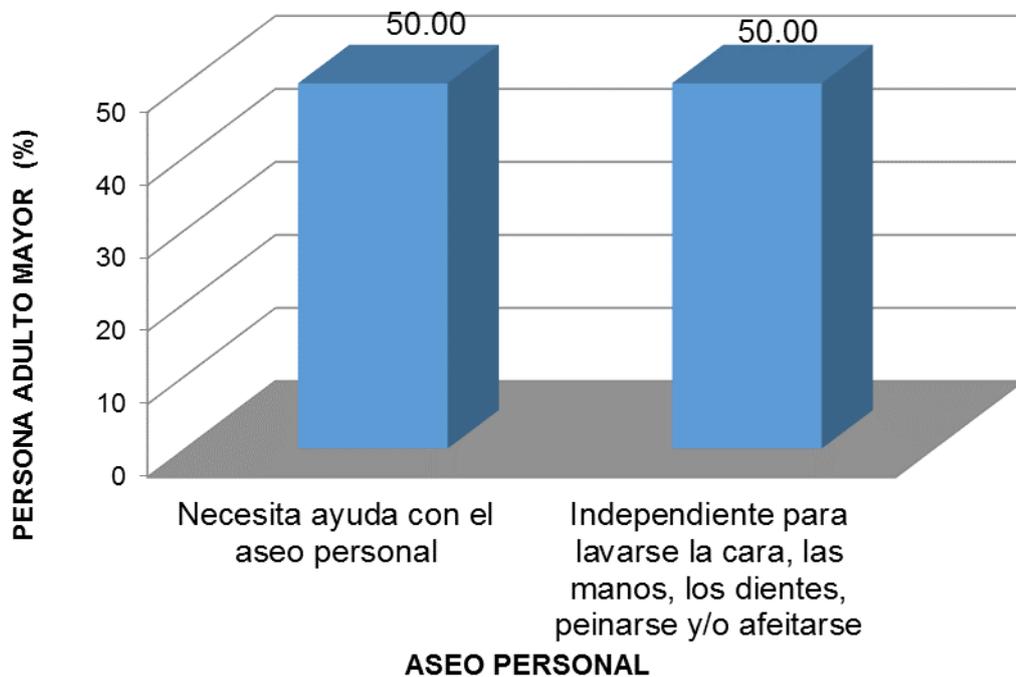
TABLA N° 11

DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN LA REALIZACION DE
SU ACTIVIDAD DE ASEO PERSONAL DE LA CASA ACOGIDA
FUNDACIÓN APAKTONE - PUERTO MALDONADO, AÑO 2017.

ASEO PERSONAL	PERSONA ADULTO MAYOR	
	N	%
Necesita colaboración para efectuar el aseo personal	16	50.00
Independiente al momento de asearse (cara, dientes, manos, peinarse, etc)	16	50.00
TOTAL	32	100.00

Fuente: Elaborado por las investigadoras, basada en instrumento de fichas de observación aplicado a la persona adulto mayor, Casa acogida Fundación Apaktone, Puerto Maldonado, Marzo de 2017.

DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN LA REALIZACION DE SU ACTIVIDAD DE ASEO PERSONAL DE LA CASA ACOGIDA FUNDACIÓN APAKTONE - PUERTO MALDONADO, AÑO 2017.



Fuente: Elaborado por las investigadoras, basada en instrumento de fichas de observación aplicado a la persona adulto mayor, Casa acogida Fundación Apaktone, Puerto Maldonado, Marzo de 2017.

INTERPRETACIÓN

Según los resultados de la tabla y gráfico N°11, el 50% de los adultos mayores Necesita colaboración para efectuar el aseo personal y la otra mitad es independiente para estas actividades.

Los resultados nos indica que la mitad de las personas adultos mayores que residen en la Casa de Acogida necesitan ayuda con estas actividades diarias simples (Lavarse la cara, lavarse las manos, los dientes, peinarse y/o afeitarse) y otras no ; esto debido a que presentar algunas limitaciones área motor fino.

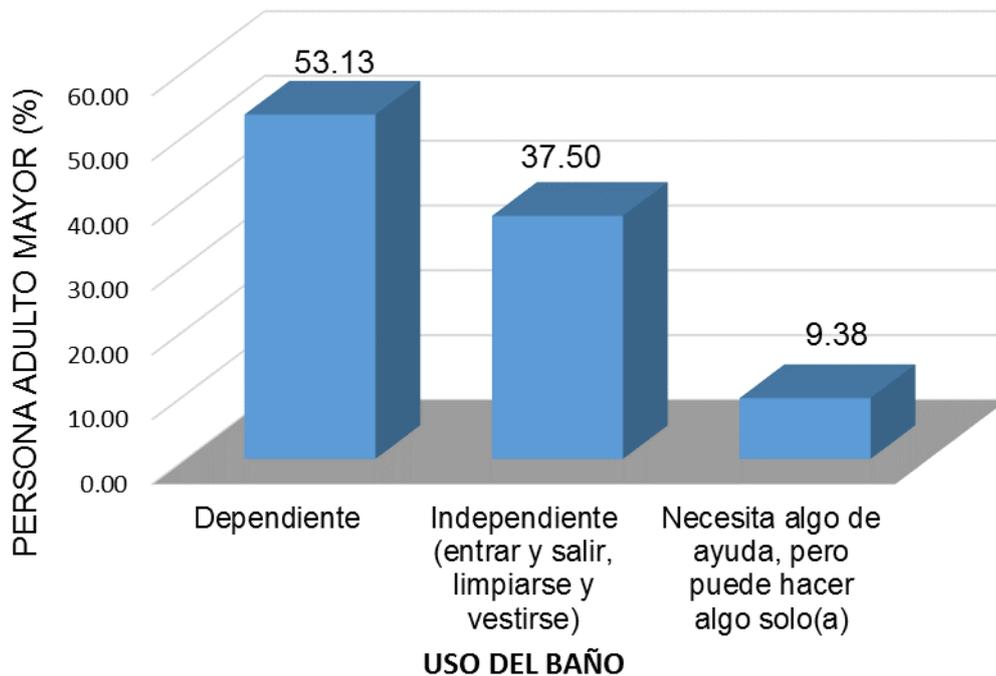
TABLA N° 12

DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN LA ACTIVIDAD DEL USO DEL BAÑO DE LA CASA ACOGIDA FUNDACIÓN APAKTONE - PUERTO MALDONADO, AÑO 2017.

DETERMINACION DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO GLOBAL	ESTUDIANTES	
	N	%
Dependiente	17	53.13
Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	12	37.50
Necesita algo de ayuda, pero puede hacer algo solo(a)	3	9.38
TOTAL	32	100.00

Fuente: Elaborado por las investigadoras, basada en instrumento de fichas de observación aplicado a la persona adulto mayor, Casa acogida Fundación Apaktone, Puerto Maldonado, Marzo de 2017.

GRÁFICO N° 12
DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN LA ACTIVIDAD DEL
USO DEL BAÑO DE LA CASA ACOGIDA FUNDACIÓN APAKTONE -
PUERTO MALDONADO, AÑO 2017.



Fuente: Elaborado por las investigadoras, basada en instrumento de fichas de observación aplicado a la persona adulto mayor, Casa acogida Fundación Apaktone, Puerto Maldonado, Marzo de 2017.

INTERPRETACIÓN

Según los resultados de la tabla y gráfico N°12, el 53.13% es dependiente, en tanto que el 37,50% es independiente y el 9,38% necesita ayuda, pero puede hacer algo solo

Lo que nos da a concluir que más de la mitad de personas es dependiente en las actividades de uso del baño, y que se relaciona con la independencia de la movilización que presenta.

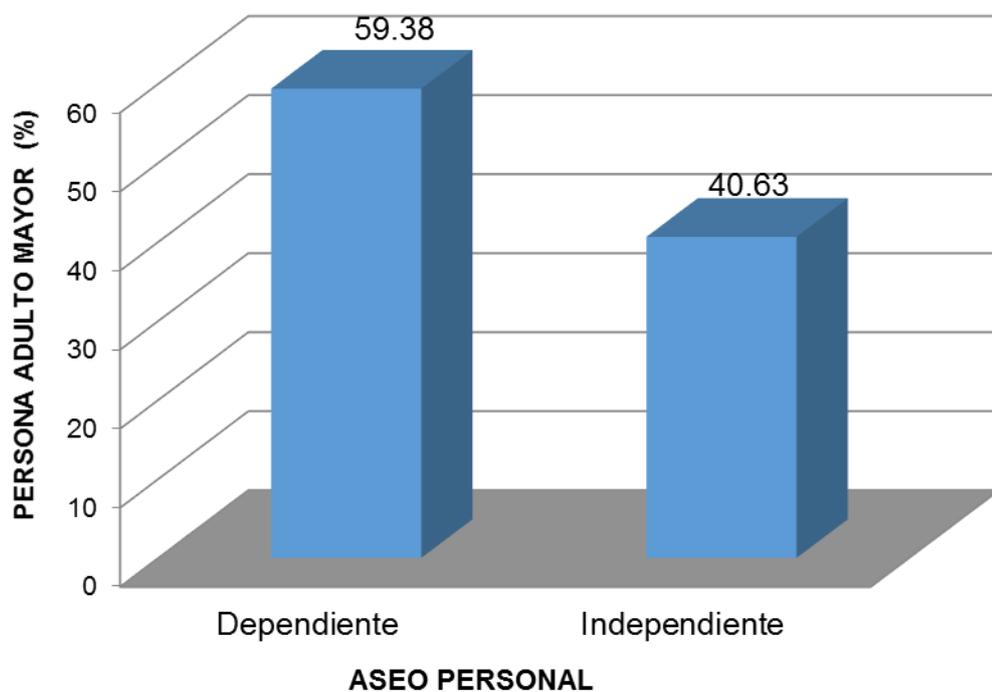
TABLA N° 13

DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN LA ACTIVIDAD DE HIGIENE CORPORAL DE LA CASA ACOGIDA FUNDACIÓN APAKTONE - PUERTO MALDONADO, AÑO 2017.

BAÑARSE O DUCHARSE	PERSONA ADULTO MAYOR	
	N	%
Dependiente	19	59.38
Independiente	13	40.63
TOTAL	32	100.00

Fuente: Elaborado por las investigadoras, basada en instrumento de fichas de observación aplicado a la persona adulto mayor, Casa acogida Fundación Apaktone, Puerto Maldonado, Marzo de 2017.

GRÁFICO N° 13
DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN LA ACTIVIDAD DE
HIGIENE CORPORAL DE LA CASA ACOGIDA FUNDACIÓN APAKTONE -
PUERTO MALDONADO, AÑO 2017.



Fuente: Elaborado por las investigadoras, basada en instrumento de fichas de observación aplicado a la persona adulto mayor, Casa acogida Fundación Apaktone, Puerto Maldonado, Marzo de 2017.

INTERPRETACIÓN

Según los resultados de la tabla y gráfico N°13, los adultos mayores en 59,38% son dependientes y el 40,63% son independientes. La dependencia para satisfacer las necesidades de higiene se debe a que presentan algunas limitaciones área motor fino (Ver cuadro N° 12).

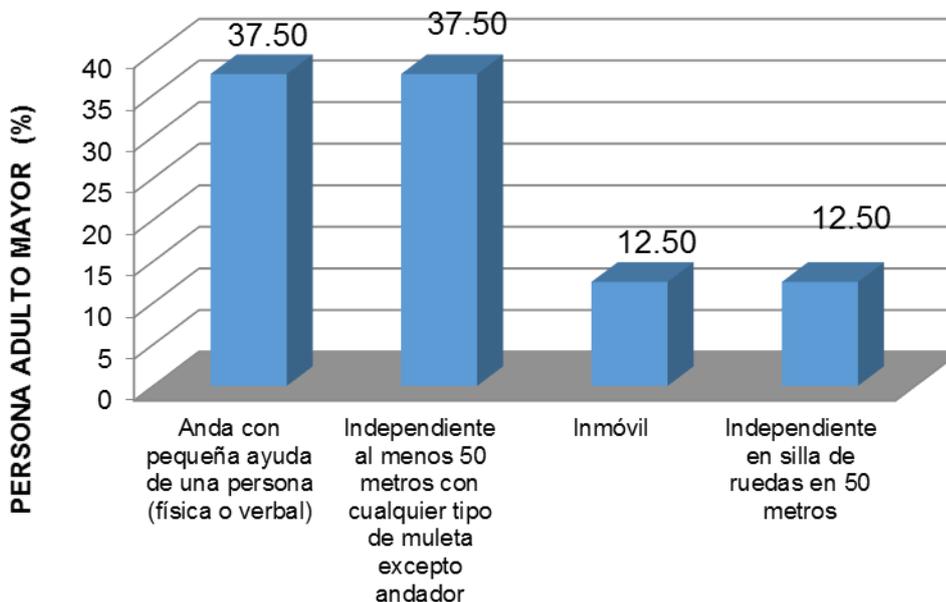
TABLA N° 14

DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN ACTIVIDAD
DESPLAZARSE DE LA CASA ACOGIDA FUNDACIÓN APAKTONE -
PUERTO MALDONADO, AÑO 2017.

DESPLAZARSE	PERSONA ADULTO MAYOR	
	N	%
Camina aunque con una ayuda muy pequeña (verbal o física)	12	37.50
Es independiente, puede caminar por lo menos 50 metros ayudado por cualquier tipo de muleta, no incluye andador	12	37.50
No se puede mover	4	12.50
Se halla sentada en una silla de ruedas a 50 metros	4	12.50
TOTAL	32	100.00

Fuente: Elaborado por las investigadoras, basada en instrumento de fichas de observación aplicado a la persona adulto mayor, Casa acogida Fundación Apaktone, Puerto Maldonado, Marzo de 2017.

GRÁFICO N° 14
 DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN ACTIVIDAD
 DESPLAZARSE DE LA CASA ACOGIDA FUNDACIÓN APAKTONE -
 PUERTO MALDONADO, AÑO 2017.



DESPLAZARSE

Fuente: Elaborado por las investigadoras, basada en instrumento de fichas de observación aplicado a la persona adulto mayor, Casa acogida Fundación Apaktone, Puerto Maldonado, Marzo de 2017.

INTERPRETACIÓN

Según los resultados de la tabla y gráfico N°14, un 37,50% de personas adulto mayores anda con una pequeña ayuda de una persona, un porcentaje similar es independiente al menos 50 metros, 12,50% se encuentra No se puede mover, y el 12,50% es independiente en sillas de ruedas. Esto se debe a la presencia de que presentar limitaciones sensoriales, que repercute con cierto grado de dependencia del cuidador.

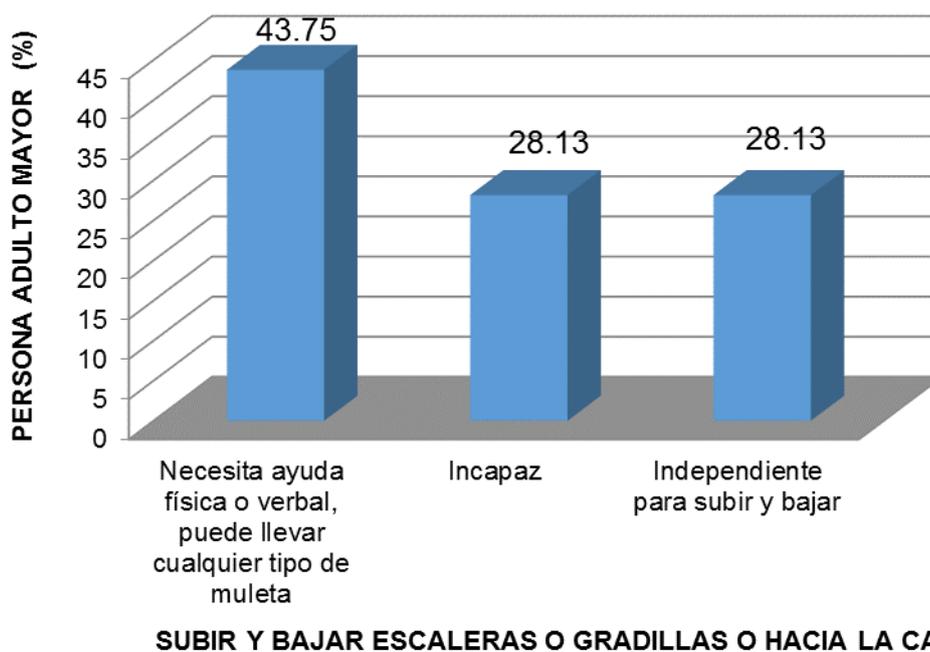
TABLA N° 15

DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN LA ACTIVIDAD FISICA DE SUBIR Y BAJAR DE LA CASA ACOGIDA FUNDACIÓN APAKTONE - PUERTO MALDONADO, AÑO 2017.

SUBIR Y BAJAR ESCALERAS O GRADILLAS O HACIA LA CAMA	PERSONA ADULTO MAYOR	
	N	%
Necesita colaboración de tipo física o verbal, por lo tanto es capaz de llevar un tipo cualquiera de muleta	14	43.75
No capaz	9	28.13
Independiente para subir y bajar	9	28.13
TOTAL	32	100.00

Fuente: Elaborado por las investigadoras, basada en instrumento de fichas de observación aplicado a la persona adulto mayor, Casa acogida Fundación Apaktone, Puerto Maldonado, Marzo de 2017.

GRÁFICO N° 15
DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN LA ACTIVIDAD FISICA
DE SUBIR Y BAJAR DE LA CASA ACOGIDA FUNDACIÓN APAKTONE -
PUERTO MALDONADO, AÑO 2017.



Fuente: Elaborado por las investigadoras, basada en instrumento de fichas de observación aplicado a la persona adulto mayor, Casa acogida Fundación Apaktone, Puerto Maldonado, Marzo de 2017.

INTERPRETACIÓN

Según los resultados de la tabla y gráfico N° 15, se tiene que el 43,75% necesita ayuda física o verbal para subir y bajar escaleras o gradillas hacia la cama, en tanto el 28,13% es no capaz de realizar estas actividades y el 28,13% mantiene la independencia para subir y bajar. Estos resultados guardan relación cuadros y gráficos anteriores referidos a las implicancias físicas del adulto mayor, por su deterioro progresivo que experimenta.

Lo que nos da a conocer que menos del 30% de personas adulto mayores mantienen su independencia para subir y bajar las escaleras.

TABLA N° 16

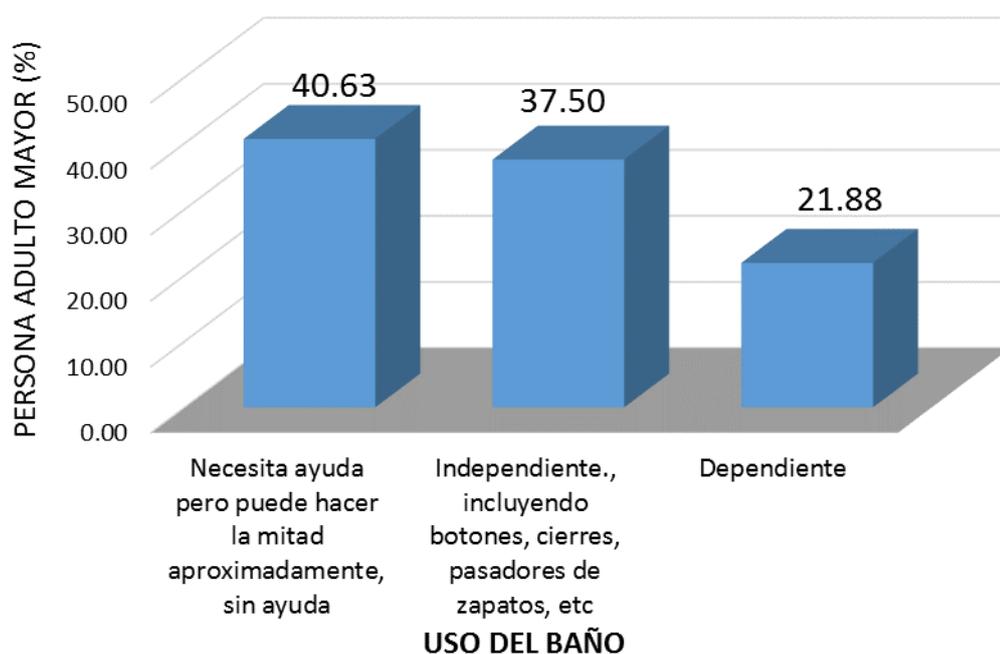
DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN LA ACTIVIDAD VESTIRSE Y DESVESTIRSE DE LA CASA ACOGIDA FUNDACIÓN APAKTONE - PUERTO MALDONADO, AÑO 2017.

VESTIRSE Y DESVESTIRSE	PERSONA ADULTO MAYOR	
	N	%
Necesita algún tipo de ayuda aún cuando puede realizar por lo menos la mitad de las cosas sin ayuda	13	40.63
Es independiente, puede abrir botones, cierres de pantalones y hasta atarse las cuerdas de zapatos, etc	12	37.50
Dependiente	7	21.88
TOTAL	32	100.00

Fuente: Elaborado por las investigadoras, basada en instrumento de fichas de observación aplicado a la persona adulto mayor, Casa acogida Fundación Apaktone, Puerto Maldonado, Marzo de 2017.

GRÁFICO N° 16

DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN LA ACTIVIDAD VESTIRSE Y DESVESTIRSE DE LA CASA ACOGIDA FUNDACIÓN APAKTONE - PUERTO MALDONADO, AÑO 2017.



Fuente: Elaborado por las investigadoras, basada en instrumento de fichas de observación aplicado a la persona adulto mayor, Casa acogida Fundación Apaktone, Puerto Maldonado, Marzo de 2017.

INTERPRETACIÓN

Según los resultados de la tabla y gráfico N° 16, el 40,63% necesita ayuda pero puede hacer la mitad aproximadamente sin ayuda. En tanto que el 37,50% es independiente y el 21,88% son dependientes. En cierta forma más necesitan

ayuda porque ya existe menor precisión en el aspecto del motor fino que le da las alteraciones del movimiento.

Lo que nos da a concluir que poco más de un tercio de personas adulto mayores mantiene la independencia respecto al uso del baño.

TABLA N° 17

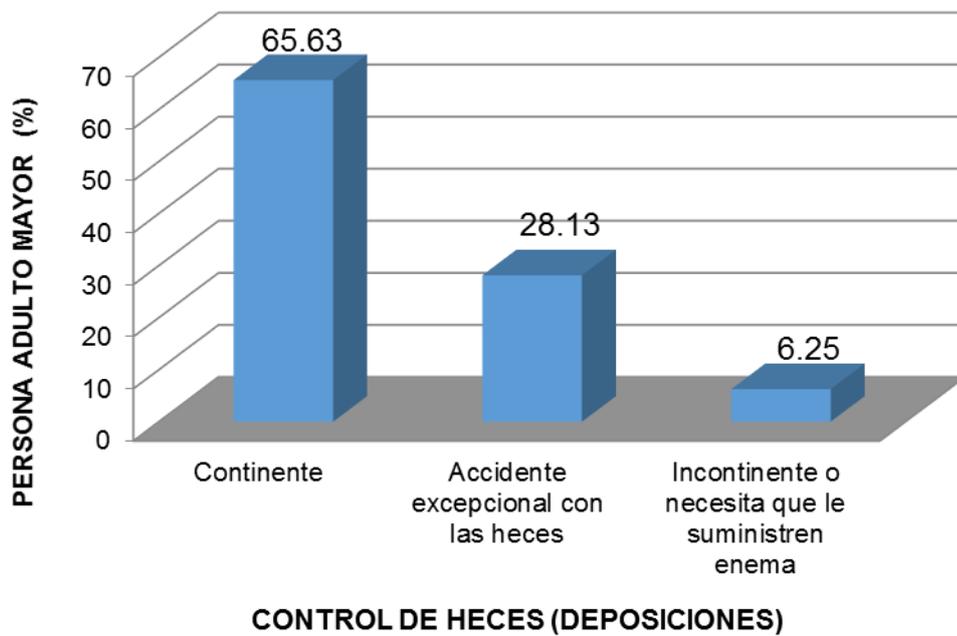
DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN LA CAPACIDAD DE CONTROL DE ESFINTER ANAL DE LA CASA ACOGIDA FUNDACIÓN APAKTONE - PUERTO MALDONADO, AÑO 2017.

CONTROL DE HECES (DEPOSICIONES)	PERSONA ADULTO MAYOR	
	N	%
Continente	21	65.63
Accidente muy notorio con las heces	9	28.13
Incontinente o necesita que le suministren enema	2	6.25
TOTAL	32	100.00

Fuente: Elaborado por las investigadoras, basada en instrumento de fichas de observación aplicado a la persona adulto mayor, Casa acogida Fundación Apaktone, Puerto Maldonado, Marzo de 2017.

GRÁFICO N° 17

DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN LA CAPACIDAD DE CONTROL DE ESFINTER ANAL DE LA CASA ACOGIDA FUNDACIÓN APAKTONE - PUERTO MALDONADO, AÑO 2017.



Fuente: Elaborado por las investigadoras, basada en instrumento de fichas de observación aplicado a la persona adulto mayor, Casa acogida Fundación Apaktone, Puerto Maldonado, Marzo de 2017.

INTERPRETACIÓN

Según los resultados de la tabla y gráfico N° 17, se tiene que el 65,63% del adulto mayores son continentes, el 26,13% han tenido accidentes excepcionales y el 6,25% son incontinentes. Mantienen aún el control de esfínter, va ligado funcionalidad, no haber presentado lesión en centro de control, y sobre todo aún mantienen la lucidez mental.

De lo que se deduce que el 65,63% de adulto mayores mantienen la función la continencia y controlan la eliminación de las heces.

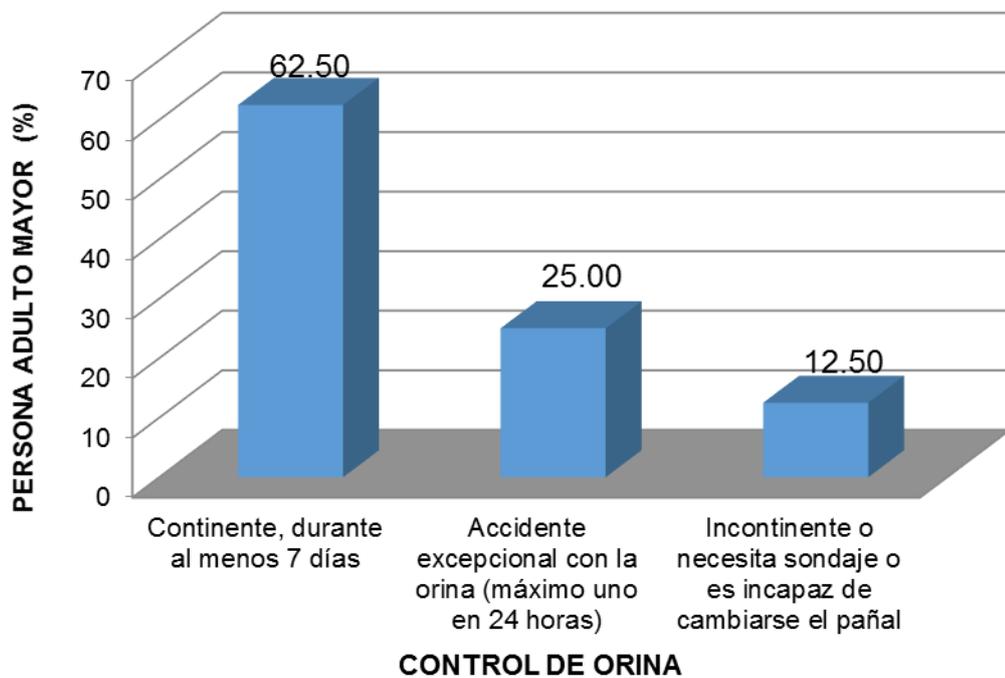
TABLA N° 18

DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN CONTROL DE
ESFINTER VESICAL DE LA CASA ACOGIDA FUNDACIÓN APAKTONE -
PUERTO MALDONADO, AÑO 2017.

CONTROL DE ORINA	PERSONA ADULTO MAYOR	
	N	%
Contiene, durante al menos 7 días	20	62.50
Accidente muy notorio con la orina (máximo uno en 24 horas)	8	25.00
Incontinente o necesita sondaje o es no capaz de cambiarse el pañal	4	12.50
TOTAL	32	100.00

Fuente: Elaborado por las investigadoras, basada en instrumento de fichas de observación aplicado a la persona adulto mayor, Casa acogida Fundación Apaktone, Puerto Maldonado, Marzo de 2017.

GRÁFICO N° 18
DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN CONTROL DE
ESFINTER VESICAL DE LA CASA ACOGIDA FUNDACIÓN APAKTONE -
PUERTO MALDONADO, AÑO 2017.



Fuente: Elaborado por las investigadoras, basada en instrumento de fichas de observación aplicado a la persona adulto mayor, Casa acogida Fundación Apaktone, Puerto Maldonado, Marzo de 2017.

INTERPRETACIÓN

Según los resultados de la tabla y gráfico N°18, el 62,50% de personas adulto mayores mantienen la continencia de la orina, el 25% han tenido algún Accidente muy notorio y el 12,50% es incontinente; esto nos da a conocer la buena salud física al control de la orina.

Respecto a la continencia se puede concluir que casi el 40% de personas adulto mayores tienen accidentes con la continencia de orina o son francamente incontinentes.

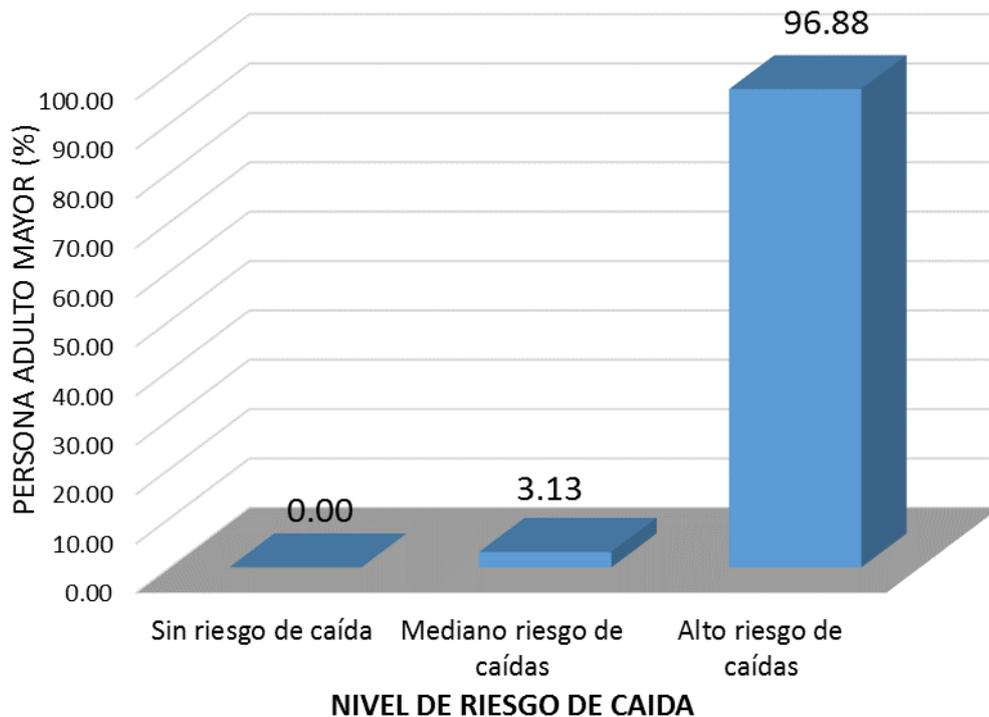
TABLA N° 19

DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN EL NIVEL DE RIESGO DE CAIDAS CASA ACOGIDA FUNDACIÓN APAKTONE - PUERTO MALDONADO, AÑO 2017.

NIVEL DE RIESGO DE CAIDA	PERSONA ADULTO MAYOR	
	N	%
Sin riesgo de caída	0	0.00
Mediano riesgo de caídas	1	3.13
Alto riesgo de caídas	31	96.88
TOTAL	32	100.00

Fuente: Elaborado por las investigadoras, basada en instrumento de fichas de observación aplicado a la persona adulto mayor, Casa acogida Fundación Apaktone, Puerto Maldonado, Marzo de 2017.

GRÁFICO N° 19
. DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN EL NIVEL DE
RIESGO DE CAIDAS CASA ACOGIDA FUNDACIÓN APAKTONE -
PUERTO MALDONADO, AÑO 2017.



Fuente: Elaborado por las investigadoras, basada en instrumento de fichas de observación aplicado a la persona adulto mayor, Casa acogida Fundación Apaktone, Puerto Maldonado, Marzo de 2017.

INTERPRETACIÓN

Según los resultados de la tabla y gráfico N° 19, el 96,88% de adulto mayores institucionalizados tienen alto riesgo de caídas y el 3,13% tiene mediano riesgo de caídas. El alto riesgo a caída puede darse más por el deterioro progresivo del aspecto físico; lo que conllevaría a presentar un nivel alarmante de riesgo de fracturas, y posterior encamamiento prolongado, etc. agravando su situación de salud.

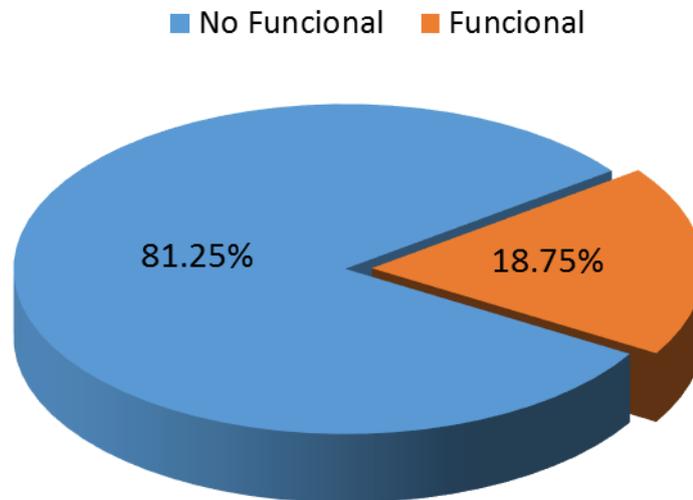
TABLA N° 20

DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN NIVEL DE
 FUNCIONALIDAD DE LA CASA ACOGIDA FUNDACIÓN APAKTONE -
 PUERTO MALDONADO, AÑO 2017.

NIVEL DE FUNCIONALIDAD	PERSONA ADULTO MAYOR	
	N	%
No Funcional	26	81.25%
Funcional	6	18.75%
TOTAL	32	100.00

Fuente: Elaborado por las investigadoras, basada en instrumento de fichas de observación aplicado a la persona adulto mayor, Casa acogida Fundación Apaktone, Puerto Maldonado, Marzo de 2017.

DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN NIVEL DE
FUNCIONALIDAD DE LA CASA ACOGIDA FUNDACIÓN APAKTONE -
PUERTO MALDONADO, AÑO 2017.



Fuente: Elaborado por las investigadoras, basada en instrumento de fichas de observación aplicado a la persona adulto mayor, Casa acogida Fundación Apaktone, Puerto Maldonado, Marzo de 2017.

INTERPRETACIÓN

Según los resultados de la tabla y gráfico N° 20, el 81,25% de personas adultos mayores son no funcionales y el resto, el 18,75% se consideran funcionales

Lo que nos da a concluir que predominan los adultos mayores que tienen limitaciones que les crean dependencias de terceras personas, por lo tanto son no funcionales, como se observó en los cuadros de realización higiene y movilización del adulto mayor.

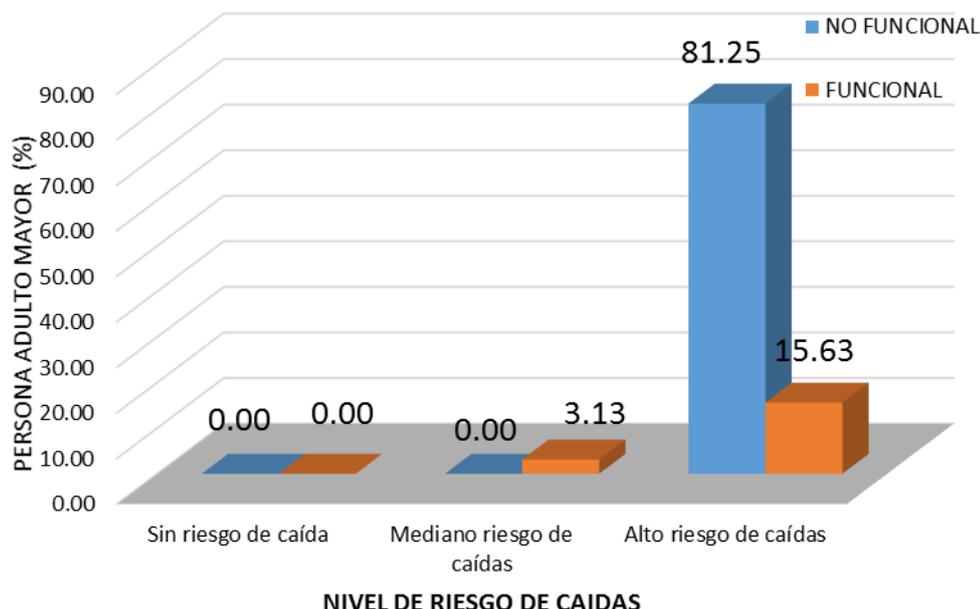
TABLA N° 21

DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN EL NIVEL DE RIESGO DE CAIDAS Y FUNCIONALIDAD DE LA CASA ACOGIDA FUNDACIÓN APAKTONE - PUERTO MALDONADO AÑO 2017.

NIVEL RIESGO DE CAÍDAS	NIVEL DE FUNCIONALIDAD				TOTAL	
	NO FUNCIONAL		FUNCIONAL			
	N	%	N	%	N	%
Sin riesgo de caída	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Mediano riesgo de caídas	0	0.00	1	3.13	1	3.13
Alto riesgo de caídas	26	81.25	5	15.63	31	96.88
TOTAL	26	81.25	6	18.75	32	100.00

Fuente: Elaborado por las investigadoras, basada en instrumento de fichas de observación aplicado a la persona adulto mayor, Casa acogida Fundación Apaktone, Puerto Maldonado, Marzo de 2017.

GRÁFICO N° 21
 DISTRIBUCION DE ADULTOS MAYORES SEGÚN EL NIVEL DE CAIDAS
 DE LA CASA ACOGIDA FUNDACIÓN APAKTONE - PUERTO
 MALDONADO
 AÑO 2017.



Fuente: Elaborado por las investigadoras, basada en instrumento de fichas de observación aplicado a la persona adulto mayor, Casa acogida Fundación Apaktone, Puerto Maldonado, Marzo de 2017.

INTERPRETACIÓN

Según los resultados de la tabla y gráfico N° 21, el 81,25% de adultos mayores son no funcionales y tienen a la vez alto riesgo de caídas en relación al 15,63% son adultos mayores funcionales que también presentan el mismo de caída.

Lo que nos indica que predominan entre los adulto mayores institucionalizados una alto riesgo de caídas asociado a no funcionalidad de la persona. Este factor es condición desfavorable para el adulto pueda sufrir de calidad por la falta de fuerza, energía y vitalidad.

COMPROBACIÓN DE LA PRUEBA DE HIPÓTESIS GENERAL

Para la comprobación de la prueba de hipótesis general se utilizó la prueba no paramétrica “Chi cuadrado” para comparar si existe relación entre la variable nivel de funcionalidad y Riesgo de caída.

1. Formulación de hipótesis:

H₀: No Existe una relación directa y significativa entre la funcionalidad y un mayor riesgo de caídas en la persona adulto mayor institucionalizada en la casa acogida Fundación Apaktone de Puerto Maldonado.

H₁: Existe una relación directa y significativa entre la funcionalidad y un mayor riesgo de caídas en la persona adulto mayor institucionalizada en la casa acogida Fundación Apaktone de Puerto Maldonado.

2. Nivel de significancia (α)

$$\alpha = 5\% 0.05$$

3. Estadísticos de prueba:

Tabla N° 22: Estadístico de Prueba: Chi cuadrado de Independencia

		Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado Pearson	de	4,473 ^a	1	,034		
Corrección continuidad ^b	de	,662	1	,416		
Razón de verosimilitud		3,493	1	,062		
Prueba exacta de Fisher					,188	,188
Asociación lineal por lineal		4,333	1	,037		
N de casos válidos		32				

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,19.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

4. Lectura del P. valor :

Ho : ($p \geq 0.05$) → No se rechaza la Ho

H1 : ($p < 0.05$) → Rechazo la Ho

P = 0,034 ; $\alpha = 0.05$ → $P < 0.05$ entonces se rechaza la Ho

5. Conclusión:

Los resultados de la tabla N° 22 dan como resultado que el valor de p (0.034) es menor que el nivel de significancia (0.05), se rechaza la Ho, y se concluye con un nivel de confianza del 95% que si existe una relación directa y significativa entre la funcionalidad y un mayor riesgo de caídas en la persona adulto mayor institucionalizada en la casa acogida Fundación Apaktone de Puerto Maldonado.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

-Existe una relación directa y significativa entre la funcionalidad y un mayor riesgo de caídas en la persona adulto mayor institucionalizada en la casa acogida Fundación Apaktone de Puerto Maldonado, como se puede observar en la prueba de comprobación de la hipótesis (Ver cuadro N° 21).

-No existe relación entre la alimentación y la deficiencia funcional, debido a que los adultos mayores de la Casa Acogida Fundación Apaktone son Independiente para comer 78.13 %, a pesar de que existe la deficiencia funcional 81.25 %. Esto quiere decir que tienen limitaciones para la deambulaci3n, por ello necesitan ayuda para moverse, pero pueden alimentarse con independencia (Ver cuadros N° 09.14 y 21).

-Existe relaci3n entre la deambulaci3n y la deficiencia funcional porque, la deambulaci3n es segura cuando es con ayuda (46.88 %), adem3s del d3ficit sensorial, extremidades (43.75 %). Para trasladarse y desplazarse entre la silla y la cama, necesita algo de ayuda (37.50 %). Por lo tanto el nivel de funcionalidad es deficiente (81.25%) que puede condicionar a un Alto riesgo de caídas (96.88 %). (Ver cuadros N° 06, 08, 10,14, 15 ,19 ,20 y 21).

-Existe relaci3n entre la alimentaci3n y tratamiento farmacol3gico debido a que los adultos mayores de la Casa Acogida Fundaci3n Apaktone. Son Independientes para comer 78.13 %, y no reciben en su mayoría tratamiento

farmacológico que influyen en el estado de conciencia. Ya sea por tratamiento con tranquilizantes e hipnóticos. (Ver cuadros N° 09 y 05)

-Existe relación entre las funciones biológicas y la deficiencia funcional en los adultos mayores de la Casa Acogida Fundación Apaktone , porque existe control del esfínter vesical y anal; evidenciándose por evacuación sin uso de sondajes, ni pañales en su mayoría (65.63% y 62.65% respectivamente); a pesar de que el nivel de funcionalidad es deficiente (81.25%). (Ver cuadros N° 06, 08, 10, 14, 15,17 y 18).

-Existe relación entre comodidad y confort y la deficiencia funcional, debido a que para bañarse o ducharse son dependientes (59.38 %), El 50% , también depende para realizar su higiene personal (lavado dientes , rasurado, peinarse y corte de uñas). Se corrobora esto con la deficiencia funcional en los adultos mayores de la Casa Acogida Fundación Apaktone. (Ver cuadros N° 06, 08, 11,13, 14,15 y16).

5.2 RECOMENDACIONES

- A la administración de la Casa Acogida Fundación Apaktone de Puerto Maldonado, sugerimos contar con mayor cantidad de personal asistencial, para que se dedique al cuidado del adulto mayor a fin de evitar mayores riesgos de caída, debido a cuanto más es la edad, mayor es la limitación funcional.
- Al personal asistencial, de la Casa Acogida Fundación Apaktone de Puerto Maldonado, que continúen con la ayuda personalizada en la alimentación a las personas que los requieran; mientras a los que este con capacidad funcional, motivar para que ellos lo realicen a fin de fomentar la independencia, que es un aspecto favorable para la salud mental en los adultos mayores.
- A la administración de la Casa Acogida Fundación Apaktone, realizar Convenios Interinstitucionales con universidades, Institutos Superiores, Tecnológico y Voluntarios, a fin de contar con mayor personal profesional de enfermería dedicados a los cuidados del adulto mayor. A su vez priorizar la mejora de la infraestructura en relación al piso el cual debe reunir características adecuadas que impidan el deslizamiento a fin de evitar caídas, dado que los adultos mayores necesita cuidados de calidad.
- Al personal asistencial, de la Casa Acogida Fundación Apaktone, continuar tratamiento farmacológico que no limite en estado del sensorio y no influya en aspecto motor.
- Al personal asistencial de la Casa Acogida Fundación Apaktone, optimizar los cuidados a fin que la deficiencia funcional, no limite la independencia y la

individualidad del adulto mayor en la satisfacción de sus necesidades biológicas.

- Al personal asistencial de la Casa Acogida Fundación Apaktone, optimizar los cuidados de la comodidad y confort, porque la deficiencia funcional, va limitar de manera progresiva, y avanzar con la edad.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. El Comercio. Adulto mayor: Sepa cómo prevenir las temibles caídas. Entrevista a José Parodi, del Centro de Investigación del Envejecimiento de la USMP. El Comercio. 2014 Agosto: p. 1.
2. Varela Pinedo L, Chávez Jimeno H, Galvez Cano M, Mendez Silva F. Funcionalidad en el Adulto Mayor previa a su hospitalización a nivel nacional. Revista Médica herediana. 2005 Julio-Setiembre; 16(3).
3. Díaz Oquendo D, Barrera García AC, Pacheco Infante A. Incidencia de las caídas en el adulto mayor institucionalizado. [Internet]. [citado 2017 Sep 08] ; 15(1): 34-38. Disponible en: <http://scielo.sld>. Rev Cubana Enfermer. 1999 Abril; 15(1).
4. Silva Fhon JR, Coelho Fabrício-Wehbe SC, Pereira Vendruscolo TR, Stackfleth R, Marques S, Partezani Rodrigues RA. Caídas en el adulto mayor y su relación con la capacidad funcional. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2012 Setiembre-October; 25(5).
5. Manual Merck. Caídas en la tercera edad. Spanish version. In.; 2017.
6. Ribera Casado J, Verga G. Enfermería Geriátrica.. 1991: 192--207. Madrid: Editorial Idepsa; 1991.
7. Espinosa Brito A, Ramos Cabrera J. Temas de Geronto-Geriatria Cienfuegos: Editorial Finlay; 1990.
8. Salgado Alba A, Guillen Llera F, Díaz L. Tratado de Geriatria y Asistencia Geriátrica Barcelona; 1986.
9. Carrasco García M. La problemática del anciano. Actualidad en Geriatria. Serie información temática.

10. Martínez Sabater A, Milvaques Faus L. Caídas en el anciano; 1999.
11. Organización Mundial de la Salud. Caídas. [Online].; 2017 [cited 2017 Agosto 24. Available from: HYPERLINK "http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/"
http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/
12. Sandoval L, Capuñay J, Varela L, en el estudio Caídas en el adulto mayor. Estudio de una serie de pacientes de consultorio externo de medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima, 1996. *Rev Med Hered* 1996; 7: 119-124
13. M. Isaac, Comollonga y G. Izquierdo Zamarriego, "Fisiología del Envejecimiento", en: Salgado Alba. Manual de Geriatria, 3ª edición, MASSON, Madrid, 2002, Pags.: 63- 76.
14. Rivera Casado JM, Gil Gregorio P. 1997.

ANEXOS

ANEXO N° 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA DEL PLAN DE INVESTIGACIÓN

NIVEL DE FUNCIONALIDAD EN RELACIÓN AL RIESGO DE CAÍDAS DE LA PERSONA ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADA EN LA CASA ACOGIDA FUNDACIÓN APAKTONE. PUERTO MALDONADO, 2017.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>GENERAL</p> <p>¿Cuál es la relación existente entre el nivel de funcionalidad y el riesgo de caídas de la persona adulta mayor institucionalizada en la “Casa Acogida Apaktone” de Puerto Maldonado, 2017?</p>	<p>GENERAL</p> <p>Determinar la relación existente entre el nivel de funcionalidad y el riesgo de caídas de la persona adulta mayor institucionalizada en la “Casa Acogida Apaktone” de Puerto Maldonado, 2017.</p>	<p>GENERAL</p> <p>Existe una relación directa y significativa entre la funcionalidad y un mayor riesgo de caídas en la persona adulto mayor institucionalizada en la casa acogida Fundación Apaktone de Puerto Maldonado 2017.</p>	<p>1.-IMPLICADAS</p> <p>a)Variable dependiente:</p> <p>Nivel de funcionalidad</p> <p>b)Variable independiente:</p> <p>Riesgo de caídas</p>	<p>Método:</p> <p>Descriptivo correlacional</p> <p>Población:</p> <p>Pacientes institucionalizados en el Apaktone de Puerto Maldonado N=32</p> <p>Muestra:</p> <p>No Probabilística, por conveniencia (n=32)</p> <p>Instrumento:</p> <p>Ficha de observación para medir funcionalidad y riesgo de caídas</p>
<p>ESPECIFICOS</p> <p>¿Cuál es la relación existente entre la alimentación y la deficiencia funcional de la persona adulta mayor institucionalizada en la “Casa Acogida Apaktone” de Puerto Maldonado, 2017?</p>	<p>ESPECIFICOS</p> <p>-Establecer la relación existente entre la alimentación y la deficiencia funcional de la persona adulta mayor institucionalizada en la “Casa Acogida Apaktone” de Puerto Maldonado, 2017</p>	<p>ESPECIFICAS</p> <p>H1.-Existe una relación significativa entre la alimentación y la deficiencia funcional de la persona adulta mayor institucionalizada en la “Casa Acogida Apaktone” de Puerto Maldonado, 2017</p> <p>H0.- No existe una relación significativa entre la alimentación y la deficiencia funcional de la persona adulta mayor institucionalizada en la “Casa Acogida Apaktone” de Puerto</p>	<p>2.-NO IMPLICADAS</p> <p>a) Edad: 60 a 100 años.</p> <p>b) Sexo: Varones y mujeres.</p> <p>c)Tiempo de residencia: 4 meses a 8 años a mas</p>	
<p>¿Cuál es la relación existente</p>				

<p>entre la deambulaci3n y la deficiencia funcional de la persona adulta mayor institucionalizada en la “Casa Acogida Apaktone” de Puerto Maldonado, 2017?</p> <p>•¿Cuál es la relaci3n existente entre la alimentaci3n y el tratamiento farmacol3gico de la persona adulta mayor institucionalizada en la “Casa Acogida Apaktone” de Puerto Maldonado, 2017?</p> <p>•¿Cuál es la relaci3n existente entre las funciones biol3gicas y la deficiencia funcional de la persona adulta mayor institucionalizada en la “Casa Acogida Apaktone” de Puerto Maldonado, 2017?</p> <p>•¿Cuál es la relaci3n existente entre la comodidad, y confort y la deficiencia funcional de la persona adulta mayor institucionalizada en la “Casa Acogida Apaktone” de Puerto Maldonado, 2017?</p>	<p>-Determinar la relaci3n existente entre la deambulaci3n y la deficiencia funcional de la persona adulta mayor institucionalizada en la “Casa Acogida Apaktone” de Puerto Maldonado, 2017</p> <p>-Establecer la relaci3n existente entre la alimentaci3n y el tratamiento farmacol3gico de la persona adulta mayor institucionalizada en la “Casa Acogida Apaktone” de Puerto Maldonado, 2017</p> <p>-Determinar la relaci3n existente entre las funciones biol3gicas y la deficiencia funcional de la persona adulta mayor institucionalizada en la “Casa Acogida Apaktone” de Puerto Maldonado, 2017</p> <p>-Establecer la relaci3n existente entre la comodidad, y confort y la deficiencia funcional de la persona adulta mayor institucionalizada en la “Casa Acogida Apaktone” de Puerto Maldonado, 2017</p>	<p>Maldonado, 2017</p> <p>H2.-Existe una relaci3n significativa entre la deambulaci3n y la deficiencia funcional de la persona adulta mayor institucionalizada en la “Casa Acogida Apaktone” de Puerto Maldonado, 2017</p> <p>H0 .- No existe una relaci3n notable entre la deambulaci3n y la deficiencia funcional de la persona adulta mayor institucionalizada en la “Casa Acogida Apaktone” de Puerto Maldonado, 2017</p> <p>H3. Existe una relaci3n significativa entre la alimentaci3n y el tratamiento farmacol3gico de la persona adulta mayor institucionalizada en la “Casa Acogida Apaktone” de Puerto Maldonado, 2017</p> <p>H0 .- No existe una relaci3n notable entre la alimentaci3n y el tratamiento farmacol3gico de la persona adulta mayor institucionalizada en la “Casa Acogida Apaktone” de Puerto Maldonado, 2017</p> <p>H4.-Existe una relaci3n notable entre las funciones biol3gica y la deficiencia funcional de la persona adulta mayor institucionalizada en</p>		
--	--	---	--	--

		<p>la “Casa Acogida Apaktone” de Puerto Maldonado, 2017.</p> <p>H0 .- No existe una relación notable entre las funciones biológica y la deficiencia funcional de la persona adulta mayor institucionalizada en la “Casa Acogida Apaktone” de Puerto Maldonado, 2017</p> <p>H5.- Existe una relación notable entre la comodidad, y confort y la deficiencia funcional de la persona adulta mayor institucionalizada en la “Casa Acogida Apaktone” de Puerto Maldonado, 2017.</p> <p>H0 .- No existe una relación notable entre las la comodidad, y confort y la deficiencia funcional de la persona adulta mayor institucionalizada en la “Casa Acogida Apaktone” de Puerto Maldonado, 2017</p>		
--	--	--	--	--

UNIVERSIDAD NACIONAL AMAZONICA DE MADRE DE DIOS
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

ANEXO N° 02
FICHA DE OBSERVACIÓN

Instrucciones.- El presente instrumento es parte del estudio intitulado “NIVEL DE FUNCIONALIDAD EN RELACIÓN AL RIESGO DE CAÍDAS DE LA PERSONA ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADA EN LA CASA ACOGIDA FUNDACIÓN APAKTONE. PUERTO MALDONADO, 2017”; Verifique estos factores de riesgo y sume:

Riesgo de caída	Caídas previas	<input type="radio"/> No=0 <input type="radio"/> Si=1
	Uso de medicamentos	<input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Tranquilizantes/ <input type="radio"/> Sedantes=1 <input type="radio"/> Diuréticos=1 <input type="radio"/> Hipotensores no diuréticos=1 <input type="radio"/> Antiparkinsonianos=1 <input type="radio"/> Antidepresivos=1 <input type="radio"/> Otros medicamentos
	Déficit sensorial	<input type="radio"/> Ninguno=0 <input type="radio"/> Visuales=1 <input type="radio"/> Auditivos=1 <input type="radio"/> Extremidades (Prótesis, paresias, etc)=1
	Estado mental	<input type="radio"/> Orientado=0 <input type="radio"/> Confuso=1
	Deambulación	<input type="radio"/> Normal=0 <input type="radio"/> Segura con ayuda=1 <input type="radio"/> Insegura con ayuda o sin ayuda=1 <input type="radio"/> Imposible=1

Luego proceda a llenar el instrumento sobre funcionalidad de la persona adulto mayor:

Nivel de funcionalidad	Comer	<input type="radio"/> No capaz=0 <input type="radio"/> Necesita ayuda=5 <input type="radio"/> Independiente (la comida está al alcance de la mano)=10
	Trasladarse entre una silla y la cama	<input type="radio"/> No capaz no se mantiene sentado=0 <input type="radio"/> Necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos sin entrenamiento), puede estar sentada=5 <input type="radio"/> Necesita algo de ayuda (Una pequeña motivación o ayuda física o verbal)=10

		<input type="radio"/> Independiente=15
	Aseo personal	<input type="radio"/> Necesita colaboración para efectuar el aseo personal =0 <input type="radio"/> Independiente al momento de asearse (cara, dientes, manos, peinarse, etc)=5
	Uso del baño	<input type="radio"/> Dependiente=0 <input type="radio"/> Necesita algo de ayuda, pero puede hacer algo solo(a)=5 <input type="radio"/> Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)=10
	Bañarse o Ducharse	Dependiente=0 Independiente=5
	Desplazarse	No se puede mover =0 Se halla sentada en una silla de ruedas a 50 metros=5 Camina aunque con una ayuda muy pequeña (verbal o física)=10 Es independiente, puede caminar por lo menos 50 metros ayudado por cualquier tipo de muleta, no incluye andador=15
	Subir y bajar escaleras o gradillas o hacia la cama	No capaz=0 Necesita colaboración de tipo física o verbal, por lo tanto es capaz de llevar un tipo cualquiera de muleta=5 Independiente para subir y bajar=10
	Vestirse y desvestirse	Dependiente=0 Necesita ayuda pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda=5 Es independiente, puede abrir botones, cierres de pantalones y hasta atarse las cuerdas de zapatos, etc
	Control de heces (deposiciones)	Incontinente o necesita que le suministren enema=0 Accidente muy notorio con las heces=5 Continente=10
	Control de orina	Incontinente o necesita sondaje o es no capaz de cambiarse el pañal=0 Accidente muy notorio con la orina (máximo uno en 24 horas)=5 Continente, durante al menos 7 días=10

Finalmente llene la información general

Edad	<input type="radio"/> 60 a 75 años <input type="radio"/> 76 a 85 años <input type="radio"/> Más de 86 años
Sexo	<input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino
Tiempo de residencia	<input type="radio"/> Menos de un año <input type="radio"/> Uno a tres años <input type="radio"/> Cuatro a más años

**UNIVERSIDAD NACIONAL AMAZONICA DE MADRE DE DIOS
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

ANEXO N° 03

**PERMISO PARA LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO DE
INVESTIGACIÓN**

Puerto Maldonado, 25 de Marzo de 2017.

Sr. JHON ORLANDO CALVO CALDERON
Administrador de la Casa de Acogida APAKTONE
Madre de Dios.-

Asunto: Solicito autorización para realización de trabajo de investigación

De nuestra mayor consideración:

Por el presente nos dirigimos a su persona en condición de Administrador del Apaktone, para solicitarle autorización respecto a efectuar un trabajo de investigación denominado "NIVEL DE FUNCIONALIDAD EN RELACIÓN AL RIESGO DE CAÍDAS DE LA PERSONA ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADA EN LA CASA ACOGIDA FUNDACIÓN APAKTONE. PUERTO MALDONADO, 2017"; para lo que adjuntamos el trabajo de investigación en proyecto.

Segura de la autorización correspondiente, aprovechamos la ocasión para brindarle nuestro cordial.

Atentamente,

YAKELIN CÉPEDES QUISPE
Bachiller en enfermería

YESENIA PHELE ROJAS
Bachiller en enfermería

UNIVERSIDAD NACIONAL AMAZONICA DE MADRE DE DIOS
ESCUELA ACADEMICA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

ANEXO N° 04

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Señor(a).....

Adulto Mayor residente en la Casa de Acogida Fundación APAKTONE.

Por intermedio de esta misiva hacemos de su conocimiento la realización del estudio denominado “NIVEL DE FUNCIONALIDAD EN RELACIÓN AL RIESGO DE CAÍDAS DE LA PERSONA ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADA EN LA CASA ACOGIDA FUNDACIÓN APAKTONE. PUERTO MALDONADO, 2017”; en el cual recabaremos información sobre su persona, por lo que la firma de este documento, es en si la autorización que otorga su persona de participar en la investigación, muchas gracias por ello.

Recuerde usted que el instrumento de recojo de información es completamente anónimo.

.....

Firma o huella

**UNIVERSIDAD NACIONAL AMAZÓNICA DE MADRE DE DIOS
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

ANEXO N°. 05

SOLICITUD DE VALIDACIÓN

Señora:

Mg. LIBIA ROCIO VELASQUEZ BERNAL

Enfermera encargada de la Estrategia del adulto-adulto mayor -Essalud

De nuestra mayor consideración:

Presente.-

ASUNTO: SOLICITA VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN.

Es grato dirigirnos a su persona como docente, enfermera y maestra para solicitarle tenga a bien brindar su colaboración para realizar la validación del instrumento que es parte del estudio denominado "NIVEL DE FUNCIONALIDAD EN RELACIÓN AL RIESGO DE CAÍDAS DE LA PERSONA ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADA EN LA CASA ACOGIDA FUNDACIÓN APAKTONE. PUERTO MALDONADO, 2017". El instrumento ha sido adaptado en lo referido a términos de uso normal en el Perú, toda vez que se trata de dos instrumentos validados que se emplean en estudios de situación de salud del adulto mayor.

Por favor anote sus apreciaciones para mejora la presente investigación Agradeciendo por anticipado su colaboración.

Atentamente,

YAKELIN CÉPEDES QUISPE
Bachiller en enfermería

YESENIA PHELE ROJAS
Bachiller en enfermería

UNIVERSIDAD NACIONAL AMAZÓNICA DE MADRE DE DIOS

ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

ANEXO N°. 06

SOLICITUD DE VALIDACIÓN

Señora:

Mg. CLAUDIA E. HUARCA ARTEAGA.

Mg. En educación

De nuestra mayor consideración:

Presente.-

ASUNTO: SOLICITA VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN.

Es grato dirigirnos a su persona en su condición de profesional de enfermería para darle a conocer la necesidad de validar un instrumento de investigación, en su condición de experta en el , el instrumento es parte de la investigación denominada “NIVEL DE FUNCIONALIDAD EN RELACIÓN AL RIESGO DE CAÍDAS DE LA PERSONA ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADA EN LA CASA ACOGIDA FUNDACIÓN APAKTONE. PUERTO MALDONADO, 2017”. El instrumento ha sido adaptado en lo referido a términos de uso normal en el Perú, toda vez que se trata de dos instrumentos validados que se emplean en estudios de situación de salud del adulto mayor.

Agradeciendo por anticipado su colaboración.

Atentamente,

YAKELIN CÉPEDES QUISPE
Bachiller en enfermería

YESENIA PHELE ROJAS
Bachiller en enfermería