

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FILIAL ICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA**



**FACTORES DE RIESGO DE CAÍDAS Y VALORACIÓN
SOCIAL DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTE A
CONSULTORIOS EXTERNOS HOSPITAL
SANTA MARIA DEL SOCORRO
ICA, OCTUBRE -
2016**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

RAMIREZ REYES, LIZ MARIBEL

PARA ÓPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

ICA – PERÚ

2017

ASESORA:
MG. MARIA LUISA ROJAS GUILLÉN.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, a Dios por haberme guiado por el camino del bien.

Agradecer a mi Ángel guardián que es mi madre por sus enseñanzas.

Agradecer a mi padre por su abnegada labor y sacrificio para poder lograr mis objetivos en el ámbito profesional.

A todos ustedes. Muchas gracias

DEDICATORIA

A MI MADRE

Por guíame por el sendero del bien,
por ayudarme a superar los
obstáculos de la vida y por darme
esa fuerza para seguir en la lucha por
alcanzar mis metas.

RESUMEN

Cuando un adulto mayor sufre una caída, trae consecuencias para la vida del adulto mayor, en todos los aspectos de su vida incrementando también los servicios de salud por lo que se ha considerado importante realizar la investigación con el objetivo de determinar los factores de riesgo de caídas y valoración social del adulto mayor que asiste a consultorios externos Hospital Santa María del Socorro Ica, octubre 2016. Resultados: El 44% de los adultos mayores tienen edades entre 71 a 80 años, el sexo femenino en 58%, los casados son el 47%, el 58% tienen instrucción secundaria y el 28% viven con su cónyuge. Respecto a la primera variable: Riesgos de caídas en la dimensión riesgos intrínsecos: el 81% tiene problemas de audición, 74% de visión, 65% sienten mareos al cambiar de posición, 56% padece de una enfermedad crónica, 53% ha sufrido de caídas, 47% toma más de tres medicamentos al día, 37%, tuvo dificultades en la realización de sus actividades diarias a consecuencia de caídas, y el 30% tienen dificultad para desplazarse solos, en la dimensión riesgos extrínsecos en el 72% no tiene barandillas para apoyarse en el área de la tina del baño, 67% cuentan con iluminación deficiente, 58% tiene escalera sin pasamanos, otro 58% su cama no les permite sentarse con facilidad, 53% mantiene el jabón, toallas en lugar inseguros. Referente a la 2da variable Valoración social: el 51% existe riesgo social, 28% tiene condición social buena y en el 21% de los adultos mayores existe problema social. Conclusiones: Los factores de riesgo de caídas del adulto mayor que asiste a consultorios externos Hospital Santa María del Socorro Ica, están presentes por lo que se acepta la hipótesis derivada 1 del estudio. La valoración social del adulto mayor es de riesgo social aceptándose la hipótesis derivada de la investigación.

Palabras clave: Riesgo de caídas, valoración social, adulto mayor

ABSTRACT

When a fall occurs, this will have consequences in the life of the elderly, not only from the physical point of view, but also, in the psychological and social field, without forgetting the economic impact on the health services. It has been considered important to carry out the research with the objective of determining the risk factors for falls and social value of the elderly who attends outpatient clinics Santa Maria del Socorro Hospital Ica, October 2016. Results: 44% of adults Older people are between 71 and 80 years old, females are 58% , married are 47% , 58% have secondary education and 28% live with their spouse. Regarding the first variable: Risk of falls in the dimension intrinsic risks: 81% have hearing problems, 74% of vision, 65% feel dizzy when changing position, 56% Suffered from a chronic illness, 53% had suffered from falls, 47% took more than three medications a day, 37% had difficulty carrying out their daily activities as a result of falls, And 30% have difficulty to move alone, in the dimension extrinsic risks in 72% do not have handrails to support the area of the bath tub, 67% have poor lighting, 58 % has ladder without handrails, another 58% their bed does not allow them to sit easily, 53% (keeps soap, towels in place unsafe. Regarding the 2nd variable Social valuation: 51% there is social risk, 28% has a good social condition and 21% of the older adults has a social problem. CONCLUSIONS: The risk factors for falls in the elderly who attend outpatient clinics at Santa María del Socorro Ica Hospital are present, thus accepting the hypothesis derived from the study. The social value of the older adult is of social risk accepting the hypothesis derived from the investigation.

Key words: Risk of falls, social assessment, older adult

PRESENTACIÓN

El proceso de envejecimiento se produce en forma irremediable como parte del ciclo biológico de una persona por lo que con seguridad cambia la estructura y composición familiar, así también la comunidad tiene que estar atenta a estos cambios para brindar el apoyo social que requiere en alianza con las instituciones gubernamentales en salvaguarda de la integridad física y psicológica del adulto mayor. El estudio tiene como objetivo identificar los factores de riesgo de caídas y valoración social del adulto mayor que asiste a consultorios externos Hospital Santa María del Socorro Ica, octubre 2016.

La investigación es importante porque el proceso de envejecimiento trae consigo declinaciones biológicas, psicológicas y sociales las cuales repercuten en forma negativa en la salud del adulto mayor.

El propósito fundamental es brindar al profesional de Enfermería y autoridades del hospital información actualizada y específica sobre aquellos riesgos de caídas y la valoración socio familiar del adulto mayor a fin de promocionar la salud integral del adulto mayor, previniendo así los riesgos a caídas y promoviendo una adecuada salud mental favoreciendo el proceso de envejecimiento saludable.

El trabajo se encuentra organizado en 5 capítulos, según la estructura de la Universidad Privada San Juan Bautista para una mejor comprensión metodológica del problema a investigar y que brinde soluciones al problema presentado.

ÍNDICE

	Pág.
CARATULA	i
ASESOR	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
PRESENTACION	vii
INDICE	Viii
LISTA DE TABLAS	X
LISTA DE GRÁFICOS	Xi
LISTA DE ANEXOS	Xii
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
I. a. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
I. b. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	15
I. c. OBJETIVOS	15
I.c.1. GENERAL	15
I.c.2. ESPECÍFICOS	15
I. d. JUSTIFICACIÓN	16
I. e. PROPÓSITO	16
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
II. a. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	17
II. b. BASE TEÓRICA	20
II. c. HIPÓTESIS	29

II. d. VARIABLES	29
II. e. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	30
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
III. a. TIPO DE ESTUDIO	31
III. b. ÁREA DE ESTUDIO	31
III. c. POBLACIÓN Y MUESTRA	31
III. d. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	32
III. e. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	32
III. f. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DATOS	33
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS	
IV. a. RESULTADOS	34
IV. b. DISCUSIÓN	39
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
V. a. CONCLUSIONES	44
V. b. RECOMENDACIONES	45
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
BIBLIOGRAFÍA	53
ANEXOS	54
ANEXO N°1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	55
ANEXO N° 2 INSTRUMENTOS	61
ANEXO N° 3 PRUEBA BINOMIAL	66
ANEXO N° 4 TABLA DE CÓDIGO DE RESPUESTAS	67
ANEXO N° 5 CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	68
ANEXO N° 6 TABLA MATRIZ DE VARIABLES	69
ANEXO N° 7 TABLAS DE FRECUENCIA Y PORCENTAJE	73

LISTA DE TABLAS

N°	TÍTULO	Pág.
1	DATOS GENERALES DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTE A CONSULTORIOS EXTERNOS HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO ICA, OCTUBRE - 2016.	34
2	FACTORES DE RIESGO DE CAÍDAS SEGÚN RIESGOS INTRÍNSECOS DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTE A CONSULTORIOS EXTERNOS HOSPITALSANTA MARIA DEL SOCORRO ICA, OCTUBRE – 2016	73
3	FACTORES DE RIESGO DE CAÍDAS SEGÚN RIESGOS EXTRÍNSECOS DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTE A CONSULTORIOS EXTERNOS HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO ICA, OCTUBRE – 2016.	74
4	VALORACION SOCIAL DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTE A CONSULTORIOS EXTERNOS HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO ICA, OCTUBRE - 2016	75

LISTA DE GRÁFICOS

N°	TÍTULO	Pág.
1	FACTORES DE RIESGO DE CAÍDAS SEGÚN RIESGOS INTRÍNSECOS DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTE A CONSULTORIOS EXTERNOS HOSPITALSANTA MARIA DEL SOCORRO ICA, OCTUBRE – 2016.	36
2	FACTORES DE RIESGO DE CAÍDAS SEGÚN RIESGOS EXTRÍNSECOS DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTE A CONSULTORIOS EXTERNOS HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO ICA, OCTUBRE – 2016.	37
3	VALORACIÓN SOCIAL DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTE A CONSULTORIOS EXTERNOS HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO ICA, OCTUBRE - 2016	38

LISTA DE ANEXOS

N°		Pág.
1	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	55
2	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	61
3	PRUEBA BINOMIAL	66
4	CODIFICACIÓN DE DATOS	67
5	CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	68
6	TABLA MATRIZ DE VARIABLES	69
7	TABLAS DE FRECUENCIA	73

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

I. a. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El envejecimiento es un proceso universal que al parecer afecta a todos los seres humanos, el mismo está concebido como una sucesión de modificaciones morfológicas, fisiológicas y psicológicas de carácter irreversible. La Organización Mundial de la salud en el 2012, las caídas son la segunda causa accidental o no intencional en el mundo en la atención en salud, Se estima que 37,3 millones de caídas suceden cada año, de ellas 424.000 derivan en muerte. “Esta situación pone en alerta al sistema de salud por cuanto quienes sufren las caídas requieren atención médica y dependencia a ésta por secuelas asociadas a la discapacidad”¹.

La prevención de factores que previenen las caídas como la implementación de ambientes seguros para el cuidado de pacientes ² (pisos que no sean resbaladizos, luz adecuada, dispositivos para la deambulacion, personal de apoyo, calzado adecuado, entre otros), pueden marcar la diferencia ante este evento catalogado como problema de salud pública.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el año 2011, “las caídas en la población adulta mayor es uno de los principales síndromes geriátricos por su alta prevalencia, llegando a ser referentes de un problema de salud pública debido al elevado índice de complicaciones que representan”³.

Llegar a la vejez es uno de los principales factores de riesgo de las caídas, es así que la Organización Mundial de la Salud en su nota descriptiva 344, indica que los mayores de 65 años son quienes sufren más caídas mortales representando el 90% de los accidentes en ancianos”⁴.

Investigaciones realizadas en México, muestran que el “11.8% de los adultos mayores recibe apoyo familiar y el restante 88% no recibe ningún tipo de ayuda, el 33% tenían entre 60 y 64 años, el 24% entre 65 y 69 años”, “el 18% estaba en edades de 70 a 74 años, 12% de 75 a 79 años y el 13% eran de 80 y más años”⁵.

En Ecuador, Serrano O, señala que el envejecimiento en la población ecuatoriana y su situación en el año 2016, demuestra que actualmente 941.000 personas son las que más requieren del servicio de salud y pensión que les permita substituir, “tan solo 28.2% son jubilados del IEES mas de 600.000 adultos mayores quedan desprotegidos, más aún las etnias afro-ecuatorianas, mulatas e indígenas”⁶.

Las caídas “son el 32% de los reportes de incidentes relacionados con la seguridad del paciente. Las consecuencias de la caída pueden variar de lesiones menores a pequeños hematomas 28%, a severas lesiones de tejido blando 11.4% y fracturas de huesos 5%”⁷.

En la mayoría de los casos las caídas no causan la muerte, “pero del 5 al 10% de estas caídas resultan en serias lesiones, como fracturas o lesiones de cráneo”⁸.

El Programa Nacional Vida Digna “tiene como meta atender al 2016 a 1,050 personas adultas mayores en situación de abandono, con una mayor cobertura a nivel nacional empezando por Lima (450 beneficiarios y en Ica, Arequipa, Huancayo, Tacna, Huaraz e Iquitos, 100 beneficiarios en cada región”⁹.

Durante el desarrollo de las prácticas clínicas de pre grado realizadas en el Hospital II Santa María del Socorro se observa en los consultorios externos que se atienden adultos mayores en su mayoría por problemas de dolor de huesos, refieren “que tienen miedo caerse”, y a veces no tienen quien les acompañe a sus citas médicas, se les observa con bastón, algunos tienen dificultad para movilizarse y caminan despacio.

Por lo que en vista de la problemática expresada se plantea la siguiente pregunta de investigación:

I. b. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores de riesgo de caídas y valoración social del adulto mayor que asiste a consultorios externos Hospital Santa María del Socorro Ica, octubre 2016?

I. c. OBJETIVOS:

I.c.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores de riesgo de caídas y valoración social del adulto mayor que asiste a consultorios externos Hospital Santa María del Socorro Ica, octubre 2016.

I.c.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OE1. Identificar los factores de riesgo de caídas del adulto mayor que asiste a consultorios externos Hospital Santa María del Socorro Ica, según sea:

- Riesgos intrínsecos
- Riesgos extrínsecos

OE2. Identificar la valoración social del adulto mayor que asiste a consultorios externos Hospital Santa María del Socorro Ica, según sea:

- Situación familiar
- Situación económica
- Vivienda
- Relaciones sociales
- Apoyo de la red social

I. d. JUSTIFICACIÓN:

La importancia de la investigación radica en que las caídas son indicadores de que el adulto mayor se encuentra en estado de fragilidad o tendencia a la discapacidad y son tanto el resultado como la causa de patologías diversas, pudiendo incluso suponer causa directa de muerte para el individuo o bien a través de sus complicaciones mórbidas, asimismo la condición social juega un papel importante en el proceso de envejecimiento, todo ello asociado a otros factores estilos de vida, redes familiares, entre otros.

Es por ello que la intervención de enfermería cobra un papel importante en la valoración del adulto mayor para detectar oportunamente los riesgos de caída teniendo en cuenta su entorno, la vulnerabilidad y fragilidad a las actividades de la vida diaria para prevenir los peligros que de ella se puedan derivar.

Es relevante para el profesional de enfermería porque durante la evaluación al adulto mayor podrá obtener información respecto a los factores de riesgo de caída y su estado social del adulto mayor, por lo consiguiente se podrá diseñar intervenciones correctivas y evaluar la efectividad de las mismas, de este modo se estará contribuyendo a mejorar la calidad de vida de este grupo poblacional.

I. e. PROPÓSITO:

La investigación tiene el propósito de brindar al profesional de Enfermería y autoridades del hospital información actualizada relevante y específica sobre aquellos riesgos de caídas y la valoración socio familiar del adulto mayor a fin de promover la formulación de estrategias y programas de educación para la salud integral del adulto mayor, previniendo así los riesgos a caídas y promoviendo una adecuada salud favoreciendo el proceso de envejecimiento saludable. Los resultados pueden servir de referencia y motivación para la realización de estudios similares de mayor complejidad.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

II. a. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS:

Soto L. En el año 2016 realizó una investigación observacional descriptivo transversal retrospectivo con el objetivo de determinar los **FACTORES EXTRÍNSECOS E INTRÍNSECOS PARA PRESENTAR FRACTURA DE CADERA POR CAÍDA, EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL TERCER MILENIO, MEXICO**. “La población y muestra estuvo conformada por 53 pacientes. Como factor de riesgo intrínseco siendo las benzodiazepinas el grupo con mayor consumo con un 52.8%, en relación al déficit visual se encontró en un 92%, en relación a los factores extrínsecos un 49.15 de los pacientes presento caída por un objeto como un mueble, así como el 43.4 % presentó caída debido a escalones estrechos como barreras arquitectónicas, seguido por tapetes con un 24.5%”¹⁰.

Ibarra A. En el año 2014 realizó una investigación de tipo descriptivo, transversal con el objetivo de determinar la **TIPOLOGÍA FAMILIAR Y GRADO DE RIESGO SOCIO-FAMILIAR EN ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS CON RETINOPATÍA DIABÉTICA QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR. TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO**. Resultados: “El riesgo socio-familiar medio se encontró en el 32% del total de familias. En cuanto al género que presenta mayor riesgo socio-familiar, es el masculino, un 24.5% convive con familiares o cónyuge y presenta algún grado de dependencia, el 17% convive solo con su cónyuge de similar edad y el 12.5% vive solo y tiene hijos próximos. En cuanto a las redes sociales de apoyo se encontró que el 93% cuenta con apoyo familiar y vecinal de manera regular y que solo el 7% cuenta con alguna red de apoyo social vecinal, voluntariado social o recibe alguna ayuda domiciliaria”¹¹.

Hernández M, Carrasco G, Rosel C, Gómez A. En el año 2014 realizaron un trabajo de enfoque cuantitativo, descriptivo, transversal con el objetivo de determinar la **INCIDENCIA DE FACTORES DE RIESGO SOCIAL EN ADULTOS MAYORES DEL MUNICIPIO CERRO CUBA**. Contó con una muestra de 513 adultos mayores. Resultados. “Predominaron grupos de edades de los 75 años para ambos sexos. Los factores de riesgo social fueron, mayores de 80 años con un 33.3%, los que viven solos con un 35.6% y las mujeres ancianas solteras y viudas con 25.9%”. “El 39.35 tenía dos factores de riesgo Conclusiones. Existe una incidencia elevada de factores de riesgo social asociada a la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles”¹².

Villarreal G, Month E. En el año 2012 realizaron una investigación cuantitativa, con el objetivo de determinar la **CONDICIÓN SOCIO-FAMILIAR, ASISTENCIAL Y DE FUNCIONALIDAD DEL ADULTO MAYOR DE 65 AÑOS EN DOS COMUNAS DE SINCELEJO COLOMBIA**. En una muestra de 275 adultos mayores de 65 años. Resultados: “El 61% de adultos mayores son de sexo femenino y la media de edad de 75,4 años. El test de Gijón determinó que el 67.7% de los adultos mayores tenía riesgo y problema social, siendo más representativo en las mujeres”. Los adultos mayores se encuentran en vulnerabilidad y riesgo social, tienen buena capacidad funcional, la cual se deteriora con el incremento de la edad, y presentan una elevada comorbilidad”¹³.

Alvarado L, Astudillo C, Sánchez J. En el año 2013 realizaron una investigación cuantitativa, con el objetivo de determinar la **PREVALENCIA DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES Y FACTORES ASOCIADOS EN LA PARROQUIA SIDCAY. CUENCA, ECUADOR**. Se trabajó con 489 adultos mayores. Resultados: La prevalencia de caídas fue del 33,9%. Presentaron mayor prevalencia de caídas los >74 años en 43,1%, de sexo

femenino el 40,9%, sin pareja 45,1%, y con alteraciones nutricionales 64,8%. “El riesgo de caída según la escala de Dawton fue: riesgo alto 32,1% y riesgo bajo 67,9%”¹⁴.

Román R, Quiroz L. En año 2012- 2013 realizaron una investigación descriptiva, transversal **SITUACIÓN SOCIO-FAMILIAR Y VALORACIÓN FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD MAGDALENA, LIMA- PERÚ**. La población fue de “136 adultos mayores. Resultados: “La situación socio-familiar, donde se puede apreciar que 36 % se encuentran en riesgo social y 53, % presentan problema social, respecto a la valoración funcional, se puede identificar que 68,4 % son independientes y 31,6 % son dependientes parciales”¹⁵.

Montes C. En el año 2014 hizo un trabajo cuantitativo, descriptivo con el objetivo determinar el **RIESGO DE CAÍDAS Y GRADO DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES, CONSULTORIO EXTERNO DE TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL IV AGUSTO HERNÁNDEZ MENDOZA ICA**. La muestra estuvo conformada por 40 adultos mayores. Resultados: Respecto a los datos generales el 64% oscila entre las edades de 66-70 años, el 52% son de sexo masculino, el 60% es de estado civil, el 60% vive con sus hijos y el 82% su lugar de residencia es la zona urbana. En relación a riesgo de caídas en la dimensión riesgos intrínsecos, el 66% es predominante y según la dimensión riesgos extrínsecos el 98% es no predominante. Respecto al grado de depresión según síntomas somáticos el 54% es leve, según síntomas conductuales el 50% es moderada, según síntomas afectivos el 68% es moderada y según síntomas cognitivos el 74% es moderada ¹⁶.

De acuerdo con los antecedentes internacionales y nacionales presentados los cuales han servido para apoyar y reforzar en los aspectos metodológicos son útiles para reforzar los resultados por lo cual se debe realizar intervenciones específicas para evitar caídas

en los pacientes adultos mayores, asimismo su valoración social en la cual está inmerso de esta manera se logrará desarrollar intervenciones encaminadas a estos grupos etéreos para mejorar su calidad de vida.

II. b. BASE TEÓRICA

CAÍDAS

La caída es la “consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al paciente al suelo en contra de su voluntad”. Esta “precipitación suele ser referida por el paciente o en algunos casos por un testigo, es repentina e involuntaria y puede causar lesiones de importancia que comprometen su integridad física”.

Riesgo de las caídas en el adulto mayor

Según la dirección general de salud de las personas del Ministerio de Salud, los clasifica en: “factores intrínsecos hacen referencia a las circunstancias propias del individuo (envejecimiento, enfermedades concomitantes, tratamientos farmacológicos) y los extrínsecos al entorno del mayor o la actividad que realizaba en el momento de la caída”¹⁷.

Las caídas en el adulto mayor representan problemas que traen diversas consecuencias como fracturas, causas psicológicas como el miedo, tristeza, causas sociales y causas económicas por gastos no previstos¹⁸.

Consecuencias relacionadas con las caídas

Para Kane Robert y Ouslander I, “el tratamiento tras la caída puede ocasionar costos elevados para los servicios de salud en términos de utilización de recursos y de ocupación de camas hospitalarias. Además, la caída puede acarrear sufrimiento a las personas mayores como a sus familiares”, debido a la “restricción de las actividades, dolores, presencia de incapacidad física, o miedo a caer nuevamente, entre otras.

Finalmente, la caída puede perjudicar la calidad de vida del anciano y la de sus familiares”¹⁹.

Para Zinni J, se debe “tener en cuenta que muchos pacientes ocultan las caídas para evitar ser restringidos en su vida cotidiana”²⁰.

Las caídas a veces son precedidas por movimientos vacilantes, agarrándose la persona a muebles o contra la pared antes de caer al suelo ²¹.

“Otras veces el individuo acaba tumbado en el suelo de manera lenta, pero incontrolable”. Por ejemplo, se puede resbalar sobre el suelo adormecido en una silla resbaladiza.

Las principales consecuencias son lesiones graves como fracturas y traumatismo craneoencefálico, así como ansiedad, depresión y el llamado “miedo de caer”, que también puede acometer ancianos que jamás han caído²².

“Aunque no todas las caídas producen lesión, del 20 al 30 % de los ancianos que caen reducen la movilidad e independencia, y aumentan el riesgo de muerte prematura”²³.

Refiere Bergland A, Wyller T., “que en las residencias de adultos mayores y en el grupo de mujeres mayores que 75 años, los índices de lesión pueden ser más del doble”²⁴. En contraparte refiere Villalobos A, López R, que las “lesiones por caídas representan una de las causas más comunes de dolor de larga duración, limitación funcional, discapacidad, y muerte en la población anciana. “Los ancianos que cayeron presentan mayor mortalidad en relación con los que no cayeron”²⁵.

San Martín H, realiza la clasificación como:

- **Caída accidental:** Se produce por una causa ajena al adulto mayor sano (ejem: tropiezo) y que no vuelve a repetirse.
- **Caída repetida:** Expresa la persistencia de factores predisponentes como: enfermedades crónicas múltiples, fármacos, pérdidas sensoriales, etc.

- **Caída prolongada:** Es aquella en la que el adulto mayor permanece en el suelo por más de 15 o 20 minutos por incapacidad de levantarse sin ayuda ²⁶.

Por lo expuesto se deben tener en cuenta estos factores para la prevención realizando visitas domiciliarias a los adultos mayores en la comunidad en búsqueda de cualquier circunstancia que predisponga a ellas.

Circunstancias de riesgo para caídas:

- “Dificultad para levantarse de la silla.
- Existencia de barreras arquitectónicas.
- Edad de 75 años o más.
- Sexo femenino.
- Problemas visuales.
- Fármacos (hipotensores y psicofármacos).
- Enfermedades crónicas: neurológicas, osteoarticulares, musculares.
- Inmovilidad.
- Antecedentes de caídas” ²⁷.

Riesgos intrínsecos:

Forman parte de una característica propia del individuo (fisiológicos) o también pueden ser debidos a patologías asociadas (patológicos). Se refieren a aquellas alteraciones fisiológicas relacionadas con la edad, enfermedades (agudas o crónicas) y el consumo de fármacos incluyen, además, “alteraciones de la visión y audición, alteraciones músculo esqueléticas y otros procesos patológicos cardiovasculares, que se asocian a un mayor riesgo de caídas”²⁸.

Las personas adultas mayores deben someterse al menos una vez al año a un chequeo periódico que incluye el oftalmológico completo para diagnosticar alguna posible afección visual ²⁹.

Una vez diagnosticada una “alteración del equilibrio estas intervenciones estarán orientadas a prevenir las caídas, ya que sus secuelas tienen alto impacto en la calidad de los pacientes y en ocasiones su muerte, así como también impactos globales en los costos de salud por la alta tasa de internaciones prolongadas y asistencia de las discapacidades consecuentes”³⁰.

Afirma Vargas D, et, al que tras una caída la familia sobreprotege al adulto mayor aumentando la inmovilidad y dependencia del paciente y en muchos casos esto provoca la institucionalización ³¹.

La deambulación insegura con o sin ayuda aumenta el riesgo de caídas en 2,31 veces que en pacientes con deambulación normal³².

Para Sudarsky L, es “relativamente frecuente que personas mayores que presentan dificultad para caminar refieran tener dolor en los miembros inferiores. El dolor articular debido a artrosis, que es frecuente en las personas mayores, suele aparecer también en reposo y empeora con el movimiento. La existencia de dolor suele modificar el patrón normal de marcha evitando la carga completa sobre la extremidad dolorida o limitando la amplitud del movimiento”³³.

La polifarmacia según Gac E Homero “está presente en los pacientes mayores de 60 años porque consumen 2 ó 3 veces más medicamentos que el promedio de la población en general, por ende, aumenta el riesgo de caídas”³⁴.

Los “cambios fisiológicos relacionados al envejecimiento producen una serie de modificaciones de la farmacocinética y estados de especial fragilidad en el adulto mayor a presentar reacciones adversas a medicamentos e interacciones medicamentosas” ³⁵.

Riesgos extrínsecos:

Refiere Montse Q, que son aquellos elementos o circunstancias del entorno del adulto mayor que, con independencia de su naturaleza, inciden de forma negativa sobre el paciente, haciéndolo más vulnerable respecto a su capacidad de autoprotección, lo que puede provocar una caída.

Por lo que el suelo siempre debe mantenerse seco y sin irregularidades quitando algunas cosas con las que puede tropezar (como papeles, libros, paquetes, cables de luz y otros aparatos eléctricos) de las zonas de paso³⁶.

El mobiliario debe ser el necesario, esto facilitara la movilidad y el mantenimiento del mismo. Debe procurarse tener una casa bien organizada y ordenada.

Estrategias de prevención de las caídas

Según la OMS, “se debe dar prioridad a la investigación y a las iniciativas de salud pública para definir mejor la carga, explorar los factores de riesgo y utilizar estrategias preventivas eficaces; apoyar políticas que creen entornos más seguros y reduzcan los factores de riesgo; fomentar medidas técnicas que eliminen los factores que posibilitan las caídas; impulsar la formación de los profesionales sanitarios en materia de estrategias preventivas basadas en datos científicos, y promover la educación individual y comunitaria para aumentar la concienciación”.

Los programas de prevención de las caídas en los ancianos pueden incluir varios componentes para identificar y modificar los riesgos, tales como:

Evaluación del domicilio y modificación del entorno en casos con factores de riesgo conocidos o antecedentes de caídas.

Prescripción de dispositivos asistenciales apropiados para paliar los problemas físicos y sensoriales.

Fortalecimiento muscular y ejercicios de equilibrio prescritos por profesionales sanitarios con formación adecuada.

Uso de protectores de la cadera en personas con riesgo de fractura de la cadera en caso de caída ³⁷.

PREVENCIÓN DE CAIDAS SEGÚN LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.

- Realizar programas de ejercicios de baja intensidad con ayuda del profesional de enfermería con oportunidades para compartir sentimientos.
- Trabajar con programas de estiramiento de tobillos y caminar.
- Ayudar al adulto mayor a ponerse de pie (o sentarse) y balancear el cuerpo de lado a lado para estimular los mecanismos del equilibrio.
- Se debe facilitar un ambiente seguro para la práctica de los ejercicios. ³⁹
- Instruir al paciente sobre ejercicios de equilibrio, como ponerse en pie con una pierna, inclinarse adelante, estirarse y resistencia, si procede.
- Proporcionar información sobre terapias alternativas, como yoga y Tai Chi
- Vigilar la respuesta del paciente a los ejercicios de equilibrio.

VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR:

Realiza la valoración socio familiar en el adulto mayor para la detección de riesgo social.

La relevancia del diagnóstico socio familiar de adulto mayor radica en que existen evidencias que los factores sociales afectan la “salud y la enfermedad aumenta con la edad, especialmente a partir de los 60 años”⁴¹. por lo que es necesario realizar el diagnóstico socio familiar una vez al año en el primer nivel de atención.

Situación familiar: El “vivir en pareja es un factor protector, frecuente en el caso de los hombres que en el de las mujeres mayores. Varios estudios

importantes han relacionado el número de contactos positivos que la persona mayor tiene con su red social, como protector de salud y bienestar”. El rol del apoyo social del adulto mayor considerado por Tabio H, Rubio D, López L., en el cual “considera tan importante en algunos estudios como el nivel de actividad física del individuo en la promoción de un envejecimiento saludable y activo”³⁸.

Situación financiera: Es "un conjunto de programas, mecanismos, sistemas o acciones tendientes a ofrecer condiciones óptimas que permitan a los y las adultos mayores asegurar su propia subsistencia y ofrecer condiciones para salir de su situación de extrema pobreza”³⁹.

Es la “capacidad de las personas mayores de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos adecuados y sostenibles que les permitan llevar una vida digna y segura”⁴⁰.

Vivienda: La “vivienda es un recinto donde una persona o una familia realiza actividades vitales como descansar, dormir, asearse, comer, etc., y que a su vez permite realizar las actividades y funciones de la vida con plena seguridad, bienestar, confort y autonomía” debiendo ser identificada como una necesidad de todos y no sólo, como una vivienda con facilidades para personas con discapacidad o para adultos mayores.

Las barreras arquitectónicas en las edificaciones: Afirma Nivardo F, que los diseños, materiales y técnicas de construcción de viviendas deben producir estructuras que sean durables y brinden lugares seguros, secos y confortables donde vivir, protegiendo a los moradores contra vectores, temperaturas extremas y peligros recurrentes de la naturaleza. Los lugares escogidos para la construcción de viviendas deben minimizar la exposición a ruidos, emisiones industriales, residuos peligrosos, así como las posibilidades de inundaciones⁴¹.

- **Relaciones sociales:** Los “contactos entre los mayores se ven afectados por la disminución de la movilidad, que puede impedirles salir a la calle. Las relaciones entre mujeres se van reduciendo, quizá porque están más centradas en las relaciones familiares. Los hombres se relacionan más con amigos que las mujeres. Los contactos por teléfono suponen un complemento para las relaciones cara a cara, con sus amigos” ⁴².

- **Apoyo de la red social:** Según Camarano A, Pazzinato M, “el poco acceso a los planes de pensiones y la exclusión del mercado laboral de un importante segmento de la población envejecida, que no tiene acceso a mecanismos institucionales de apoyo para satisfacer sus necesidades, depende en lo fundamental de la red familiar a fin de poder sobrevivir en la vida cotidiana” ⁴³.

Teoría de enfermería que sustenta la investigación: Autocuidado de Dorothea Orem

En su teoría del autocuidado, se relaciona con la investigación “porque las enfermeras debemos ayudar a las personas que no pueden valerse por sí mismas y llevar a cabo actividades por sí mismos en beneficio de la vida, salud o bienestar; por lo que el rol de la enfermera, se debe ayudar a la persona a avanzar en el camino para conseguir responsabilizándose con sus autocuidados, procurando un entorno que favorezca el desarrollo de la persona y enseñar. Para ello el profesional de enfermería se vale de tres modos de actuación: sistema de intervención totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio o de asistencia/enseñanza según la capacidad y la voluntad de las personas”⁴⁴.

El modelo de **interacción familiar** de Virginia Satir, refiere que una familia es saludable, cuando ayuda a sus miembros a conocerse entre sí, a través de la comunicación asertiva y de las situaciones que se dan en la vida. Como profesionales de Enfermería y que se trabaja con el paciente, familia y comunidad estamos inmersos en la atención de una familia

saludable en este caso de la investigación con el fin de promover un buen apoyo social al adulto mayor lo que influenciaría en la prevención de las caídas en el hogar. La familia funciona sobre bases de creciente producción y de una realidad orientada lo cual promueve una mayor intimidad entre sus miembros⁴⁵.

Teoría de las relaciones interpersonales: Hildegarde Peplau

Refiere que se debe adquirir una serie de habilidades y destrezas que nos aseguren el bienestar del paciente en su aspecto holístico (bio- psico- social) tales como empatizar o una escucha activa basada en el respeto. En definitiva, saber qué decir, cómo decirlo y qué hacer ante cualquier situación en la que, lo que esté en detrimento no sea el ámbito físico o social del individuo, sino el psicológico.

Considerando a la persona como un ser holístico (bio- psico- social) debemos, como profesionales de Enfermería, además de englobar en nuestra intervención no solo técnicas centradas en mejorar la calidad de vida a nivel físico y/o social, sino debemos centrarnos en la esfera de lo psicológico, desarrollando las habilidades y destrezas necesarias para originar una adecuada relación de ayuda, un apoyo que puede ir desde una palabra de aliento en un momento dado, hasta un simple apretón de manos, una mirada o un abrazo, convirtiendo esta relación en una dimensión más del cuidado y, todo ello justificado en la gran necesidad de la persona demandante de cuidados de sentirse acogido, escuchado y comprendido ⁴⁶.

II. c. HIPÓTESIS:

HIPÓTESIS GLOBAL:

Los factores de riesgo de caídas están presentes y la valoración social del adulto mayor que asiste a consultorios externos Hospital Santa María del Socorro Ica, octubre 2016 es de riesgo social.

HIPÓTESIS DERIVADAS:

HD1: Los factores de riesgo de caídas del adulto mayor que asiste a consultorios externos Hospital Santa María del Socorro Ica, según riesgos intrínsecos y extrínsecos están presentes.

HD2: La valoración social del adulto mayor que asiste a consultorios externos Hospital Santa María del Socorro Ica, octubre 2016 según situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales, apoyo de la red es de riesgo social.

II. d. VARIABLES INDEPENDIENTES:

V.1: Riesgo de caídas.

V.2: Valoración socio familiar.

II. e. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS:

CAÍDAS: Es la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al paciente al suelo en contra de su voluntad.

RIESGO DE CAÍDAS: Son todas las características o atributos que favorecen la ocurrencia de caídas en un adulto mayor.

VALORACIÓN SOCIO FAMILIAR: Condiciones socioeconómicas o familiares predisponentes para fragilidad.

FAMILIA: Grupo social primario, unidad básica de la sociedad y del desarrollo humano, conformado por un número variable de personas vinculadas por lazos ya sean consanguíneos, legales o de afinidad.

ADULTO MAYOR: Es un término reciente que se le da a las personas que tienen más de 60 años de edad.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

III. a. TIPO DE ESTUDIO:

Cuantitativo, descriptivo de corte transversal.

III. b. ÁREA DE ESTUDIO:

Se llevó a cabo en los diferentes consultorios externos del Hospital Santa María del Socorro: dermatología, cardiología, medicina, cirugía, neurología, gastroenterología y urología, del Hospital Santa María del Socorro II situado en la calle Castrovirreyna 759 del Cercado de Ica.

III. c. POBLACIÓN Y MUESTRA:

La población de estudio estuvo constituida por 56 pacientes que se atendieron durante el mes de recolección de la información.

La muestra está conformada por 43 adultos mayores que fueron tomados a través del muestreo no probabilístico intencional según criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Adulto mayor que se atienda en consultorios externos del Hospital Santa María del Socorro
- Adulto mayor lúcido, orientado en tiempo, espacio y persona.

Criterios de exclusión:

- Adulto mayor que se encuentre hospitalizado en el Hospital Santa María del Socorro

III. d. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

La técnica que se utilizó para la recolección de la información en ambas variables fue la entrevista por ser la más idónea para la población en estudio.

Para la primera variable Riesgos de caídas, se utilizaron 16 reactivos con alternativas de respuestas dicotómicas, las cuales fueron previamente sometida a control de calidad a través del juicio de expertos obteniéndose 0.03 por lo tanto el instrumento se validó y se obtuvo una confiabilidad de Alfa de Crombach de 0.67

Para la segunda variable Valoración socio familiar se aplicó un instrumento validado por el Ministerio de Salud de Perú (MINSA) y que es utilizado en la valoración integral del adulto mayor, el cual consta de 25 ítems y guarda relación con los objetivos de la investigación.

III. e. DISEÑO DE RECOLECCION DE DATOS:

Teniendo en cuenta la naturaleza del problema y los objetivos del presente estudio; se presentó una solicitud el cual se gestionó a través de la Dirección de la Institución de Salud, Hospital Santa María del Socorro, adjuntando el resumen de trabajo de investigación. Una vez obtenido el permiso para la recolección de datos, previo saludo a los adultos mayores se les orientó e informó acerca del instrumento; se explicó el motivo de la investigación y se solicitó su participación en el estudio; así mismo la duración de aplicación del instrumento fue de aproximadamente 25 minutos. En todo momento se respetó el anonimato, autonomía, justicia, beneficencia, no maleficencia y la confidencialidad.

Concluida la recolección de datos se les agradeció por su participación.

III. f. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:

El procesamiento de datos se realizó mediante el Programa Microsoft Excel.

Una vez realizada la recolección de datos, se elaboró la matriz la cual permitió obtener información del total de la muestra seleccionada para luego clasificar los resultados mediante la escala de calificación o medición, los cuales así mismo fueron procesados en forma manual mediante el sistema de tabulación por paloteo. Para la presentación de los hallazgos se realizaron cuadros estadísticos, los cuales sirvieron de base para realizar el análisis e interpretación de la información obtenida. El análisis de información se realizó haciendo uso de la estadística descriptiva presentando los resultados en tablas y gráficos.

Para la variable factores de riesgo de caídas se codificaron las alternativas de las dimensiones en cual se codificó la alternativa SI (1) y NO (2) para luego realizar una sumatoria simple y hallar el porcentaje correspondiente para obtener los resultados finales. La valoración que se le asignó a la variable valoración socio familiar es la que se indica a continuación según puntuación oficial del MINSA Ministerio de Salud de Perú.

5 a 9 pts.: Buena/aceptable situación social.

10 a 14 pts.: Existe riesgo social.

≥ 15 puntos: Existe problema social.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS

IV. a. RESULTADOS:

TABLA N° 1

**DATOS GENERALES DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTE A
CONSULTORIOS EXTERNOS HOSPITAL
SANTA MARIA DEL SOCORRO
ICA, OCTUBRE -
2016.**

DATOS GENERALES	Fr.	%
EDAD		
60-70 años	18	42
71-80 años	19	44
81 a más	6	14
SEXO		
Masculino	18	42
Femenino	25	58
ESTADO CIVIL		
Casado(a)	20	47
Soltero(a)	6	14
Divorciado(a)	7	16
Viudo(a)	10	23
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Primaria	11	26
Secundaria	25	58
Superior	7	16
CON QUIEN VIVE		
Solo	16	37
Con su cónyuge	12	28
Con su cónyuge e hijos	8	19
Con otros familiares	7	16

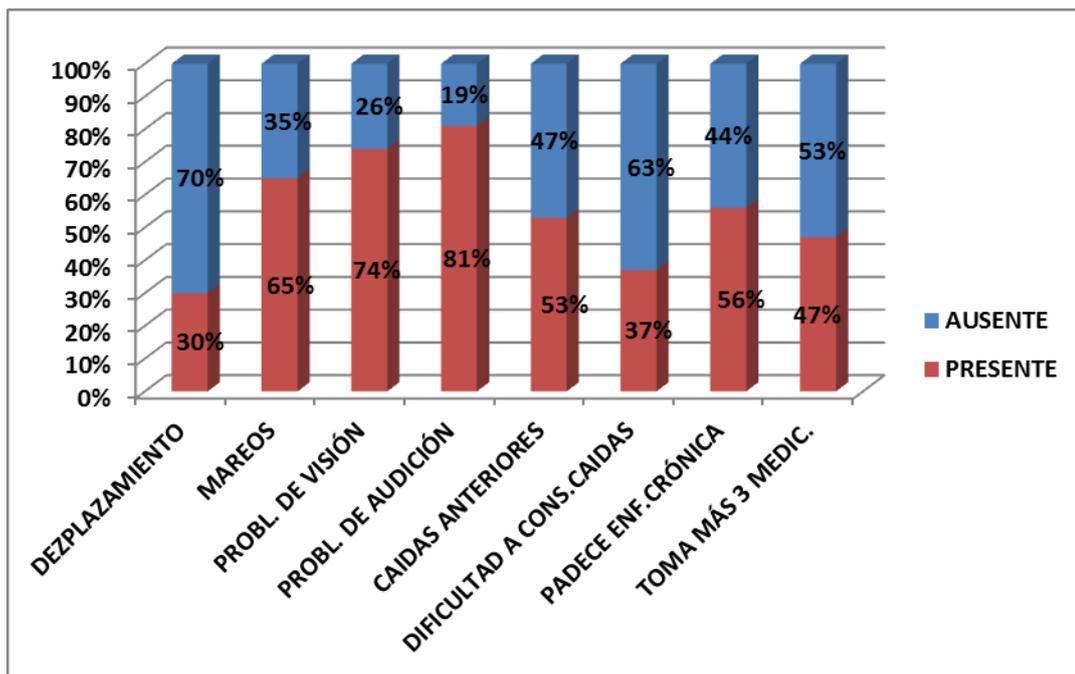
TOTAL	43	100%
--------------	-----------	-------------

Fuente: La guía de entrevista aplicada a los adultos mayores que acudieron a consultorio externo del hospital Santa María del Socorro. Ica, en el mes de octubre 2016.

Interpretación: Se observa que el 44%(19) tienen edades entre 71 a 80 años, en relación al sexo predomina el femenino con 58%(25), en cuanto al estado civil los casados tienen el 47%(20), predomina el grado de instrucción secundaria con 58%(25), y a la pregunta con quien viven refiere el 28%(12) que viven con su cónyuge.

GRÁFICO N° 1

FACTORES DE RIESGO DE CAÍDAS SEGÚN RIESGOS INTRÍNSECOS DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTE A CONSULTORIOS EXTERNOS HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO ICA, OCTUBRE – 2016

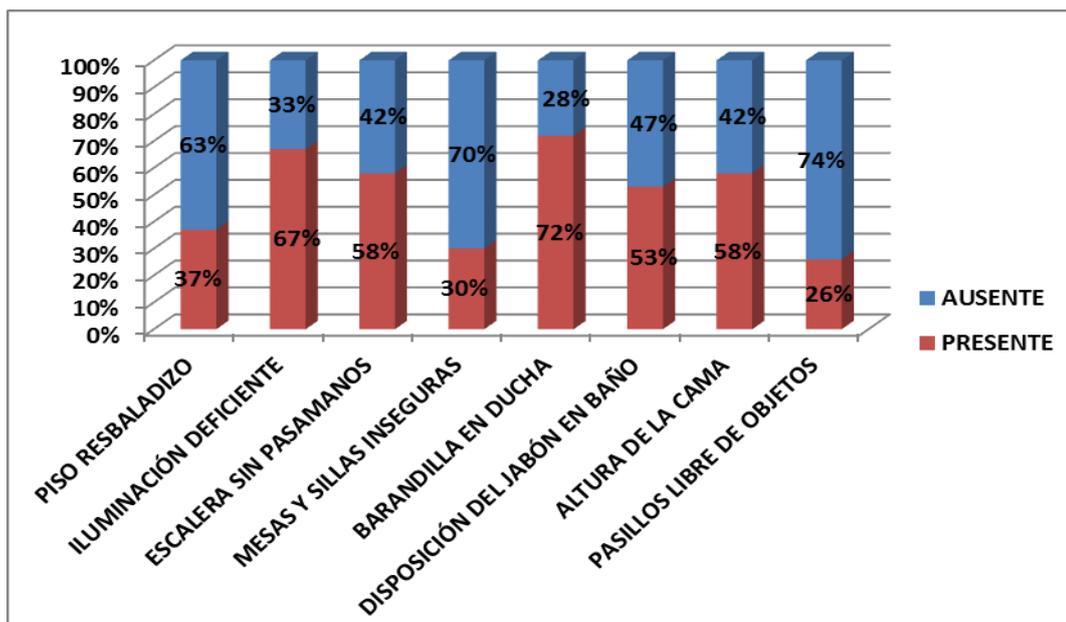


Fuente: La guía de entrevista aplicada a los adultos mayores que acudieron a consultorio externo del hospital Santa María del Socorro. Ica, en el mes de octubre 2016.

Interpretación: Del 100%(43) de los adultos mayores según riesgos intrínsecos, el 81%(35) tiene problemas de audición, el 74%(32) tienen problemas de visión, el 65%(28) sienten mareos de pasar de la posición de sentado o acostado a la posición de pie, el 56%(24) padece de una enfermedad crónica, el 53%(23) ha sufrido de caídas, el 47%(20) de los adultos mayores toma más de tres medicamentos al día, el 37%(16), tuvo dificultades en la realización de sus actividades diarias a consecuencia de la caída, y el 30%(13) de los adultos mayores tienen dificultad para desplazarse solos.

GRÁFICO N° 2

FACTORES DE RIESGO DE CAÍDAS SEGÚN RIESGOS EXTRÍNSECOS DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTE A CONSULTORIOS EXTERNOS HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO ICA, OCTUBRE – 2016

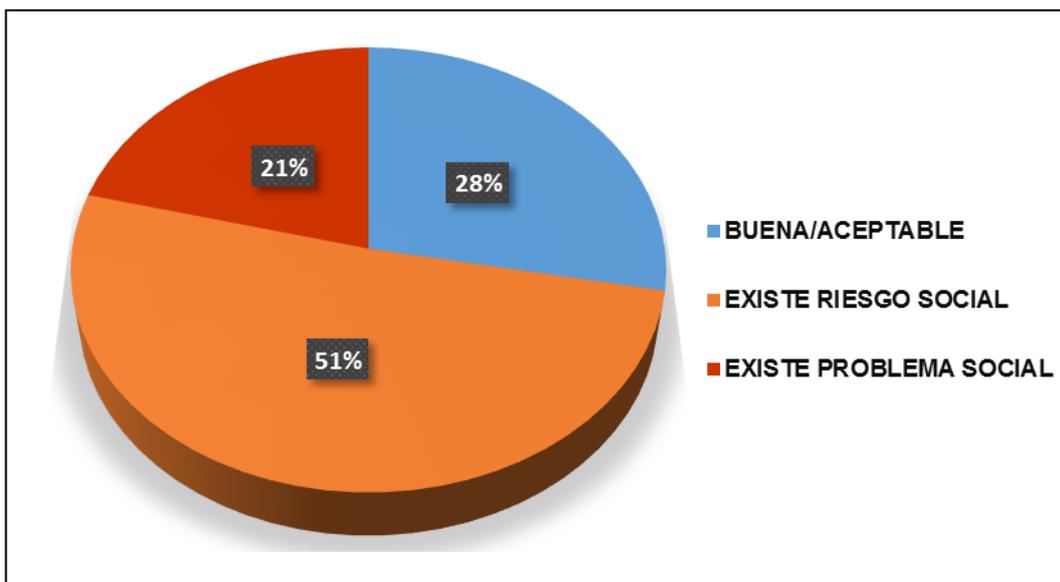


Fuente: La guía de entrevista aplicada a los adultos mayores que acudieron a consultorio externo del hospital Santa María del Socorro. Ica, en el mes de octubre 2016.

Interpretación: Según riesgos extrínsecos, en el 72%(31) de los adultos mayores las barandillas para apoyarse en el área de la tina del baño están ausentes, 67%(29) cuentan con iluminación deficiente en los ambientes de su hogar, el 58%(25) tiene escalera sin pasamanos, en igual porcentaje 58%(25) refieren que su cama no les permite sentarse con facilidad, el 53%(23) mantiene el jabón, toallas en lugar inseguros, el 37%(16) el piso de la vivienda es resbaladizo, el 30%(13) refieren que las mesas y las sillas de la cocina son inseguras, el 26%(11) refiere que los pasillos del hogar están con adornos sillas en los pasillos, etc.

GRÁFICO N° 3

VALORACIÓN SOCIAL DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTE A CONSULTORIOS EXTERNOS DEL HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO ICA, OCTUBRE - 2016



Fuente: La guía de entrevista aplicada a los adultos mayores que acudieron a consultorio externo del hospital Santa María del Socorro. Ica, en el mes de octubre 2016.

Interpretación: Respecto a la valoración social de los adultos mayores que asisten a consultorios externos del hospital Santa María del Socorro, según los resultados obtenidos en el 51%(22) existe riesgo social, 28%(12) tiene condición social buena y en el 21%(9) de los adultos mayores existe problema social.

IV. b. DISCUSIÓN:

Tabla N° 1: El 44% de los adultos mayores tienen edades entre 71 a 80 años, predomina el sexo femenino con 58%, los casados representan el 47%, el grado de instrucción secundaria con 58%, y el 28% refieren que viven con su cónyuge. Resultados similares respecto a los datos generales con Soto-Jasso L¹⁰. La población y muestra presentó una edad media de 81.5 años, el 75.5% corresponden al género femenino, el 58.1% eran casados, Hernández M, Carrasco G, Villarreal Amarís G, Month Arrieta E¹³. El 61% de los adultos mayores es de sexo femenino y la media de edad de 75,4 años y Alvarado-Astudillo L, Astudillo-Vallejo C, Sánchez- Becerra J¹⁴. Presentaron mayor prevalencia de caídas los adultos mayores de sexo femenino 40,9%, Montes C.¹⁶ el 64% de los adultos mayores oscila entre las edades de 66-70 años y el 60% son de estado civil casado.

En los datos generales predomina el sexo femenino con 58%; estos datos son parecidos a lo afirmado por la Organización Mundial de la Salud la cual reafirma la feminidad del envejecimiento como un desafío, donde las mujeres sobreviven más tiempo que los hombres; asimismo se observa que un 47% de adultos mayores son casados lo cual es favorable; ya que el cónyuge le puede ayudar a enfrentar los principales cambios que les ocurren al envejecer, por ejemplo, el deterioro de sus condiciones de salud, la disminución de sus ingresos y el aislamiento o soledad que sufren al dejar de trabajar o al perder la pareja.

Las caídas en adultos aumenta conforme avanza la edad, ambos sexos corren el riesgo de sufrir caídas en todos los grupos de edad y todas las regiones. Sin embargo, en algunos estudios se ha observado que los hombres tienen mayor probabilidad de sufrir caídas mortales, mientras que las mujeres sufren caídas no mortales, por lo que constituye un problema de salud pública importante por la morbilidad, la mortalidad y los costos económicos y emocionales para el individuo, su familia y la sociedad.

Gráfico N° 1: Según riesgos intrínsecos, el 81% de los adultos mayores tiene problemas de audición seguido del 74% que tiene problemas de visión, el 65% presenta mareos al pasar de la posición de sentado o acostado a la posición de pie, el 56% padece de una enfermedad crónica, 53% ha sufrido caídas alguna vez, el 47% de los adultos mayores toma más de tres medicamentos al día, el 37%, refiere que tuvo dificultades en la realización de sus actividades diarias a consecuencia de la caída, el 30%(13) no pueden desplazarse solos. Resultados similares con Soto-Jasso L¹⁰. Como factor de riesgo intrínseco siendo los benzodicepinas el grupo con mayor consumo con un 52.8%, el 49% de los pacientes presentó pluripatologías de las cuales la diabetes mellitus 2 con 45.3 % fue la mayormente presentada seguida de hipertensión arterial con 41.5%, osteoartrosis 30.2%, en relación al déficit visual se encontró en un 92% de los pacientes; Hernández M, Alvarado-Astudillo L, Astudillo-Vallejo C, Sánchez- Becerra J ¹⁴. Las caídas fueron mayores en pacientes: con enfermedades crónicas, con estado mental confuso, con deambulación insegura con o sin ayudas, que consumen medicamentos.

Las caídas son un síndrome geriátrico más frecuente en los adultos mayores, los factores intrínsecos son elementos o condiciones propios del individuo ligados a los cambios producidos por el envejecimiento que alteran la estática y la marcha del individuo, encontrándose en los resultados que el 81% de los adultos mayores tiene problemas de audición seguido del 74% que tiene problemas de visión que los conducen a los adultos mayores a la pérdida de la estabilidad y el equilibrio, todos estos factores favorecen el riesgo de caídas.

Por lo tanto, se deduce que los adultos mayores están en potencial riesgo de sufrir alguna caída causado por su propio proceso de envejecimiento por ello es necesario mejorar los factores de riesgo frecuentes para reducir los accidentes en el adulto mayor.

El profesional necesita direccionar su mirada no solo a las secuelas físicas, si no también, a los aspectos psicológicos y sociales en como la caída puede interferir en las actividades cotidianas del adulto mayor.

Cuanto más rápido sean tratadas las dificultades como resultado de la caída, serán menos graves las complicaciones; mantenimiento de la capacidad funcional del adulto mayor en la capacidad de realizar actividades agradables hasta en edades más avanzadas, prolongando, por el mayor tiempo posible, su autonomía e independencia funcional.

Gráfico N° 2: Según riesgos extrínsecos de los adultos mayores, según los resultados de las encuestas, en el 72% no tiene barandillas para apoyarse en el área de la tina del baño, 67% cuentan con iluminación deficiente en los ambientes de su hogar, el 58% tiene escalera sin pasamanos, en igual porcentaje 58% refieren que su cama no les permite sentarse con facilidad, el 53% mantiene el jabón, toallas en lugar inseguro, el 37% presenta piso de la vivienda resbaladizo, el 30% refieren que las mesas y las sillas de la cocina son inseguras, el 26% refiere que los pasillos del hogar están con adornos y sillas en los pasillos, etc. Resultados parecidos con Soto-Jasso L¹⁰. observó que un 49.15% de los pacientes presentó caída por un objeto como mueble, así como el 43.4 % presentó caída debido a escalones estrechos como barreras arquitectónicas, seguido por tapetes con un 24.5%.

Los factores extrínsecos son las condiciones del entorno y/o medio ambiente en el que el adulto mayor puede desarrollar sus actividades cotidianas y que intervienen en el momento de las caídas, estos factores pueden encontrarse en el hogar o en el ambiente del adulto mayor, así como los resultados que se encontraron en la investigación en la cual se encuentran altos valores porcentuales en el cual el 72% de los adultos mayores no cuentan con las barandillas para apoyarse en el área de la tina del baño, 67% cuentan con iluminación deficiente en los ambientes de su hogar, muchas de las construcciones no están acondicionadas para un adulto mayor, en la mayoría de baños no presentan las instalaciones adecuadas como es la presencia de barandas que implica un costo extra e implica una instalación especial. Por lo que se puede inferir que el adulto mayor tiene un riesgo mayor de sufrir caídas en el

domicilio lo que hace al entorno del adulto mayor un lugar con peligros que pueden atentar contra su seguridad y salud.

Gráfico N° 3: La valoración social de los adultos mayores que asisten a consultorios externos del hospital Santa María del Socorro, en el 51% existe riesgo social, 28% tiene condición social buena y en el 21% de los adultos mayores existe problema social. Resultados que guardan similitud con Villarreal Amarís G, Month Arrieta E¹³. Determinó que el 67.7% de los adultos mayores tenía riesgo y problema social; Román Meza R, Quiroz Flores L¹⁵. La situación socio-familiar, donde se puede apreciar que 36 % se encuentran en riesgo social y 53,7 % presentan problema social.

Según nuestros resultados se evidencia que los adultos mayores en esta etapa de la vida aumentan el riesgo de enfermar o de perder la autonomía y la funcionalidad; en consecuencia, requiere de mucha atención y cuidado de parte de los familiares y amigos considerados como fuentes de apoyo directo, asimismo sabemos que la influencia de estos factores sociales aumenta con la edad afectando la salud.

La evaluación socio-familiar, permite identificar los recursos con que cuenta la persona, así como sus redes de apoyo, teniendo en cuenta que la adultez mayor está considerada como un periodo en el que la persona experimenta numerosos cambios, que si bien dependen del estilo de vida, y del sistema social y familiar, influyen continuamente en las diversas áreas de funcionamiento. Los resultados arrojan que en el 51% de los adultos mayores existe riesgo social y el 21% de los adultos mayores existe problema social por tal motivo como enfermeros (as) debemos continuar fortaleciendo las visitas domiciliarias, para mantener adultos envejecidos activos y funcionales en su medio familiar. La participación en los sistemas sociales tiende a disminuir en esta etapa, por lo que se debe reforzar este sistema, pues su carencia revela la condición de fragilidad y riesgo social en que se desenvuelven, constituyéndose en un factor importante para determinar sus necesidades de cuidado y reorientar las políticas de protección social. Como se sabe uno de los constantes

marcadores de fragilidad es la situación socio familiar deteriorada, que puede incluso llevar al maltrato de la persona adulta mayor, con graves consecuencias que deben alertar a las autoridades políticas debido a que el ámbito familiar es el lugar de intervención anticipada en el estado de salud del adulto mayor.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

V. a. CONCLUSIONES:

1. Los factores de riesgo de caídas del adulto mayor que asiste a consultorios externos Hospital Santa María del Socorro Ica octubre 2016, según riesgos intrínsecos y extrínsecos están presentes. **por lo que se acepta la hipótesis derivada 1 del estudio.**

2. La valoración social del adulto mayor que asiste a consultorios externos Hospital Santa María del Socorro Ica, octubre 2016 según situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales, apoyo de la red es de riesgo social. **aceptándose la hipótesis derivada de la investigación.**

V. b. RECOMENDACIONES:

1. A los profesionales de enfermería que laboran en el hospital Santa María del Socorro diseñen espacios en los que se fortalezca la promoción y prevención de los factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos, poniendo énfasis en los programas de educación para la salud dirigidas a la etapa de vida adulto mayor y familia, orientado a mejorar la calidad de vida, minimizando el riesgo de caer sin perjudicar la movilidad y la autonomía funcional del adulto mayor, se debe realizar campañas de educación para la salud y promoción de hábitos saludables, medidas de seguridad del entorno y detección precoz de factores de riesgo.
2. A las Autoridades del hospital Santa María del Socorro, impulsar mecanismos formales e informales de apoyo a los adultos mayores que se encuentran en situación de riesgo social y problema social a través de los sistemas de protección social, independencia financiera y el estado de salud, los cuales son pilares importantes de trabajo con los grupos de adultos mayores, además de fortalecer la capacidad de la familia, amigos, vecinos y comunidad para proporcionar apoyo a la persona mayor y buscar ayuda de la asistente social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Caídas. Suiza: [Base de datos]; OMS. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es>
2. OMS reporta más de 424.000 muertes al año por caídas. [Datos de internet], 2016. URL disponible en: www.un.org/spanish/News/story.asp?NewsID=19102 OMS.
3. Organización Panamericana de la Salud. OPS. Guía médica de atención integral del adulto mayor. 2011. Programa nacional de pensionados, jubilados y tercera edad. Panamá.
4. Arrazola Y. La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir. 2011. España: Caritas
5. Cépeda L. Programa de atención al adulto mayor. Evaluación sobre el bienestar de los beneficiarios. [Base de datos] 2013, [Fecha de acceso 15 de julio de 2016]; URL disponible en: www.nl.gob.mx/pics/pages/cuadernos.../libro_programaadultomayor.pdf.
6. Serrano O. Progresivo envejecimiento de la población de Ecuador obliga al fortalecimiento de la seguridad social, 2016 Quito: Biess.
7. Da Costa B, Rutjes A, Mendy A, Freund R, Vieira E. ¿Pueden las herramientas de predicción del riesgo de caídas identificar correctamente a los pacientes de edad avanzada que son propensos a la caída? Fecha de publicación: 17 Jul 2012. Una revisión sistemática y meta-análisis; PLoS ONE (2012) 7: 7 Número de artículo: e41061.
8. Deandrea S, Bravi F, Turati F, Lucenteforte E, La Vecchia C, Negri E. Factores de riesgo de caídas en las personas mayores en hogares de ancianos y hospitales. Una revisión sistemática y

meta-análisis; Archivos de Gerontología y Geriátría (2013) 56: 3 (407- 415). Fecha de Publicación: May 2013

9. Jara A. Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerable. MIMP. Cuadernos sobre N° 5. Poblaciones vulnerables. Año 1 – 2013. [Fecha de acceso 22 de julio de 2016]; URL disponible en: www.minsa.gob.pe/.../adultoMayor/.../Normas%20Técnicas_segunda%2...
10. Soto L. Factores extrínsecos e intrínsecos para presentar fractura de cadera por caída, en adultos mayores atendidos en el hospital general Tercer Milenio, México. [Tesis licenciatura]; 2016. URL disponible en: bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/bitstream/handle/.../490/408659.pdf?
11. Ibarra A. Tipología familiar y grado de riesgo socio-familiar en adultos mayores de 65 años con retinopatía diabética que acuden a la consulta externa de medicina familiar. Toluca, Estado de México. [Tesis licenciatura]; 2014. URL disponible en: ri.uaemex.mx/view/123456789/14498/1/411401.pdf
12. Hernández M, Carrasco G, Rosell C, Gómez A. Incidencia de factores de riesgo social en adultos mayores del Municipio Cerro Geroinfo [Tesis licenciatura], 2014; 9 (2) [Fecha de acceso 10 de agosto de 2016]; URL disponible en: new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?idarticulo=57901.
13. Villarreal G, Month E. Condición socio-familiar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo Colombia. Salud Uninorte. Barranquilla [Tesis especialidad], (Col.) 2012; 28 (1): 75-87. [Fecha de acceso 12 de agosto de 2016]; URL disponible en: www.scielo.org.co/pdf/sun/v28n1/v28n1a08.pdf.

- 14.**Alvarado L, Sánchez J. Prevalencia de caídas en adultos mayores y factores asociados en la parroquia Sidcay. Cuenca, [Tesis licenciatura]; Ecuador. Disponible en:[http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/6729/1/TESI S.pdf](http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/6729/1/TESI%20S.pdf).
- 15.**Román R, Quiroz L. Situación socio-familiar y valoración funcional de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Magdalena, Lima- Perú. [Tesis licenciatura]; 2012- 2013. [Fecha de acceso 22 de agosto de 2016]; URL disponible en:http://www.uwiener.edu.pe/portales/centroinvestigacion/documentacion/V_simposio_para_web.pdf.
- 16.**Montes A. Riesgo de caídas y grado de depresión en adultos mayores, consultorio externo de traumatología del hospital IV Augusto Hernández Mendoza Ica. Perú [Tesis licenciatura]. 2014 Biblioteca Universidad Privada San Juan Bautista Filial Ica.
- 17.**Dirección general salud de las personas del ministerio de salud. Cuidado y autocuidado de la salud de las personas adultas mayores. Dirección de atención integral de salud - Perú. MINSA, 2009 [Fecha de acceso 26 de agosto de 2016] URL disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/prevencion.htm>
- 18.**Fabrizio S, Rodríguez R, Costa M. Causas y consecuencias de las caídas de ancianos atendidos en un hospital público. Rev. Saúde Pública 2004; 38: 93-9.
- 19.**Kane L, Ouslander I. Geriatria Clínica. 3a. Edición. México: MacGraw-Hill Interamericana, publicación de PALTEX, Organización Panamericana de la Salud. 1997: 175-195.
- 20.**Zinni J, Pussi F. El papel de la fisioterapia en la prevención de la inestabilidad y caídas en los ancianos. Fisioweb. 2009.Disponible en:<http://www.wgate.com.br/conteudo/>

medicinaesaudefisioterapia/traumato/inestabilidadepostural_idoso.htm

21. Satta R. Personas mayores: Una perspectiva de salud pública. *Annu Rev Publ Health*, 13 (1992), pp. 489-508
22. Sterling D, O'Connor J, Bonadies H. Caídas geriátricas: La gravedad de la lesión es alta y desproporcionada. *50* (2001), pp. 116-119
23. Bergland A, Wyller T. Factores de riesgo de lesiones graves relacionadas con las caídas en mujeres ancianas que viven en el hogar. *Prev*, 10 2004, pp. 308-313 URL disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/ip.2003.004721>
24. Villalobos A, López R. Manual de prevención de caídas en el adulto mayor. Programa de Salud del Adulto Mayor - Ministerio de Salud Chile. Guía clínica [en línea] [fecha de acceso 2 de setiembre de 2016]. URL Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/ab1f8c5957eb9d59e04001011e016ad7.pdf>.
25. San Martín H. Epidemiología de la vejez, 1ra ed. Manuel Ferrero, Madrid, Mc Graw Hill Interamericana de España. 1990. Pág.: 206-209.
26. Caídas Parte II. Guía de diagnóstico y manejo. Organización panamericana de la salud Oficina Regional de la organización mundial de la salud. [Base de datos]; URL disponible en: www.minsa.gob.pe/portal/servicios/susaludesprimero/adultomayor/documentos/03Guias/Guia05.pdf.
27. Dirección general de previsión y promoción de la salud (OGPPS). El anciano en su casa; las caídas. 5ta ed. Ed. Navarro y Tapia. Madrid 1999. pp 50-60 [Fecha de acceso 9 de setiembre del 2016]

Disponible en:
www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2009/maita_ra/pdf/maita_ra.pdf.

- 28.** Hernández D, Ferrer J. Prevención de caídas en el adulto mayor. Rev. Enferm Inst. Mex Seguro Soc [En línea] 2010 [Fecha de acceso 14 de setiembre de 2016]; 15 (1): 47-50, URL Disponible en:<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2007/eim071h.pdf>
- 29.** Podsiadlo D, Richardson S, Parrilla F. El cronometrado "Up & Go": Una prueba de movilidad funcional básica para personas mayores frágiles. J Am Geriatr Soc 1991; 39: 142 - 8.
- 30.** Vargas D, Cárdenas D, Martínez S, Díaz M, Cárdenas Cruz A. Factores de riesgo precipitantes etiología y consecuencias de las caídas en el anciano. Medicina de Familia [en línea] 2009 [fecha de acceso: 16 de setiembre de 2016]; Vol. 5(1): 31-34. URL Disponible en: <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v5n1/06.pdf>.
- 31.** Párraga I, Navarro B, Pretel F, Denia J, Elicegui R, López, Hidalgo J. Miedo a las caídas en las personas mayores no institucionalizadas. Scielo - Unidad de Investigación de la Gerencia de Atención Primaria de Albacete España GacSanit [En línea] Barcelona 2010 [fecha de acceso 20 de setiembre de 2016]; 24 (6). URL Disponible: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112010000600004&script=sci_arttext.
- 32.** Sudarsky L. Fisiopatología y diagnóstico etiológico de los trastornos de la marcha. Academia Americana de Neurología. Reunión anual. San Diego, 1992.
- 33.** Gac H. Polifarmacia y movilidad en adultos mayores. Rev. Med. Clin. Condes [En línea] 2012 [fecha de acceso 29 de setiembre de 2016]; 23(1): 31-35. URL Disponible en: [http://www.globalaging.org/health/world/2012/Elderly%20Children%](http://www.globalaging.org/health/world/2012/Elderly%20Children%20and%20Children%20with%20Dementia)

20in%20the%20Care%20of%20their%20Parents%20A%20Recent
%20Phenomenon.pdf.

- 34.**Laporte J, Tognoni G. Estudios de utilización de medicamentos y de fármaco-vigilancia. En: Laporte J, Tognoni G, eds. Principios de la epidemiología del medicamento. Barcelona: Masson-Salva; 1993:11-4
- 35.**Montse Q. Salud familiar en mayores. Enfermedades, intentando no caer. Prevención de las caídas en mayores. URL disponible en:<https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mayores/enfermedades-mayores/intentando-no-caer-prevencion-de-las-caidas-en-mayores/>.
- 36.**OMS. Caídas. Nota descriptiva N.º 344 octubre de 2012 [Fecha de acceso 07 de octubre de 2016] Disponible en. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/.
- 37.**Caídas. Edición: Página: 4 de 25 En Vigor: [Fecha de acceso 13 de octubre de 2016] Disponible en: www.madrid.org/.../Satellite?...Riesgo Caídas.
- 38.**Montenegro L, Salazar C, De la Puente C, Olortegui A, Gómez S, Ramírez E. Aplicación de la evaluación geriátrica integral en los problemas sociales de adultos mayores
- 39.**Tabio H, Rubio D, López L. Factores de riesgo social en el adulto mayor. Revista Infociencia Vol.15, No.3, julio-septiembre, 2011
- 40.**Morales A. La seguridad social en Cuba: Realidades y retos. Editora Política/ La Habana, 2004.
- 41.**Rodríguez E. Una mirada a la situación actual del envejecimiento. Retos, desafíos y puertas que se abren. Oficina nacional de estadísticas Santiago de Cuba. Abril del 2010.

- 42.** Nivardo F. La Vivienda para adultos mayores. Accesibilidad y entorno seguro. [En línea] URL disponible en: http://www.sld.cu/galerias/ppt/sitios/gericuba/la_vivienda_para_adultos_mayores.ppt.
- 43.** García S. Medicina Familiar y Comunitaria 2000-2016. [Fecha de acceso 20 de octubre de 2016]; URL disponible en: www.hola.com/salud/...salud/.../mayores/.../relaciones-sociales-y-mayores.
- 44.** Camarano A, Pazzino M. Análisis situacional de la red de apoyo de las personas en América Latina y El Caribe. Documento presentado en la reunión de expertos en redes de apoyo social a la persona mayor. CEPAL, 9 al 12 de diciembre de 2001. Santiago de Chile.
- 45.** Prado A, González Reguera M, Paz Gómez N, Romero Borges K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. vol.36 no.6 Matanzas nov.-dic. 2014
- 46.** García B. Modelos y teorías de enfermería para la atención a la familia. Ciudad de La Habana. Cuba. Departamento de Publicaciones Electrónicas. Coordinadora: URL disponible en: gsdl.bvs.sld.cu/.../library?0enfermeria...
- 47.** Almudena D. La comunicación en la relación de ayuda al paciente en enfermería: saber qué decir y qué hacer. URL disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4059330>.

BIBLIOGRAFIA

- Arrazola Y. La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir. 2011. España: Caritas
- García B. Modelos y teorías de enfermería para la atención a la familia. Ciudad de La Habana. Cuba. Departamento de Publicaciones Electrónicas.
- Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. Cuarta edición. México, 2006. 849 páginas.
- Jara A. Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerable. MIMP. Cuadernos sobre N° 5. Poblaciones vulnerables. Año 1 – 2013.
- Ribera J, Cruz A. Geriatria en Atención Primaria 4ª Edición Biblioteca Aula Medica 2008 Pág. 243 – 254.
- San Martín H. Epidemiología de la vejez, 1ra ed. Manuel Ferrero, Madrid, Mc Graw Hill Interamericana de España. 1990. Pág.: 206-209.

ANEXOS

ANEXO N° 1

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE 1	DEF. CONCEPTUAL	DEF. OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Factores de riesgos de caídas	Es el aumento de la susceptibilidad de los acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y pueden causar daño físico.	Son todos aquellos riesgos que pueden ocasionar una caída en el adulto mayor atendido en el consultorio externo del hospital Santa María del Socorro, lo cual será medido a través de una entrevista y se obtendrá como valor final: Presentes, ausentes	Riesgos intrínsecos	<ul style="list-style-type: none"> •Desplazarse solo y sin ayuda. •Mareos al cambiar de posición. •Problemas de visión. •Problemas de audición. •Caídas anteriores. •Dificultades en las actividades diarias por caídas. •Enfermedades crónicas •Ingesta de medicamentos.

			Riesgos extrínsecos	<ul style="list-style-type: none">✓ Piso de la vivienda✓ Iluminación de los ambientes.✓ Pasamanos en las escaleras✓ Muebles firmes✓ Barandillas en los baños✓ Disposición de los útiles de aseo.✓ Altura de la cama.✓ Pasillos en el hogar.
--	--	--	--------------------------------	--

VARIABLE 2	DEF. CONCEPTUAL	DEF. OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Valoración social	Es la identificación de problemáticas sociales, para realizar un diagnóstico social y planificar las intervenciones a desarrollar para el tratamiento de cada caso, priorizando aquellas encaminadas a prevenir situaciones de alto riesgo.	Es la evaluación e identificación de los problemas sociales, para realizar un diagnóstico que generalmente están relacionados con la evaluación socio – familiar en los adultos atendidos en el consultorio externo del Hospital Santa María del Socorro, lo cual será medido a través de la aplicación de una entrevista.	Situación familiar.	<ul style="list-style-type: none"> ✚ Vive con familia, sin conflicto familiar. ✚ Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica. ✚ Vive con cónyuge de similar edad. ✚ Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima. ✚ Vive solo y carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero).

			<p>Situación económica.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dos veces el salario mínimo vital. ▪ Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales. ▪ Un salario mínimo vital. ▪ Ingreso irregular (menos del mínimo vital). ▪ Sin pensión, sin otros ingresos. <p>Vivienda.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Adecuada a las necesidades. ❖ Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas.). ❖ Mala conservación, humedad, mala
--	--	--	--

				<p>higiene,</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Equipamiento inadecuado (baño incompleto). ❖ Vivienda semi construida o de material rústico. ❖ Asentamiento humano (Invasión) o sin vivienda. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mantiene relaciones sociales en la comunidad. ✓ Relación social sólo con familia y vecinos. ✓ Relación social solo con la familia. ✓ No sale del domicilio, pero recibe visitas de
--	--	--	--	--

Relaciones sociales.

			Apoyo de la red social.	familia. ✓ No sale del domicilio y no recibe visitas. <ul style="list-style-type: none">• No necesita apoyo.• Requiere apoyo familiar o vecina.• Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de éste o voluntariado social.• No cuenta con Seguro Social.• Situación de abandono familiar
--	--	--	--------------------------------	---

ANEXO N° 2
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

GUÍA DE ENTREVISTA

INTRODUCCIÓN

Tenga usted buen día, estimado (a) señor (a), soy bachiller de la Universidad Privada San Juan Bautista de Ica, mi nombre es Liz Maribel Ramírez Reyes, me encuentro realizando un trabajo de investigación titulado: **“FACTORES DE RIESGO DE CAÍDAS Y VALORACION SOCIAL DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTE A CONSULTORIOS EXTERNOS HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO – ICA, OCTUBRE 2016”**.

Le agradeceré responder la totalidad del enunciado con veracidad ya que es de carácter anónimo y su aporte servirá para cumplir el objetivo antes mencionado.

DATOS GENERALES

1. EDAD

- a) De 60 a 70 años
- b) De 71 a 80 años
- c) De 81 a más

2. SEXO

- a) Masculino
- b) Femenino

3. ESTADO CIVIL

- a) Casado
- b) Soltero
- c) Divorciado
- d) Viudo

4. GRADO DE INSTRUCCIÓN

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Superior

5. ¿CON QUIEN VIVE?

- a) Solo
- b) Con su cónyuge
- c) Con su cónyuge e hijos
- d) Con otros familiares

CONTENIDO PROPIAMENTE DICHO

FACTORES DE RIESGO DE CAÍDAS

	RIESGOS INTRÍNSECOS	SI	NO
1	¿Puede desplazarse solo y sin ayuda?		
2	¿Siente mareos al pasar de la posición de sentado o acostado a la posición de pie?		
3	¿Tiene problemas de visión?		
4	¿Tiene problemas de audición?		
5	¿Se ha caído alguna vez?		
6	¿Tuvo dificultades en la realización de sus actividades diarias a consecuencias de la caída?		
7	¿Usted padece alguna enfermedad crónica?		
8	¿Toma más de 3 medicamentos al día?		

RIESGOS EXTRÍNSECOS			
9	¿El piso de su vivienda es resbaladizo?		
10	¿Cuenta con buena iluminación en los ambientes de su hogar?		
11	¿Tiene pasamanos en la escalera?		
12	¿La mesa y sillas de la cocina son firmes y seguras?		
13	¿Tiene barandilla para apoyarse en el área de la tina de baño, ducha e inodoro?		
14	¿Mantiene el jabón, toallas de baño en un lugar seguro?		
15	¿Su cama es adecuada que le permite sentarse y levantarse con facilidad?		
16	¿Los pasillos del hogar se encuentran libres de sillas, adornos, etc.?		

VALORACIÓN SOCIO - FAMILIAR

	 
	FORMATO DE ATENCION SOCIOFAMILIAR DEL ADULTO MAYOR
Pts.	1. SITUACIÓN FAMILIAR
1	Vive con familia, sin conflicto familiar.
2	Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica.
3	Vive con cónyuge de similar edad.
4	Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima.
5	Vive solo y carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero)
Pts.	2. SITUACIÓN ECONÓMICA.
1	Dos veces el salario mínimo vital.
2	Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales.
3	Un salario mínimo vital.
4	Ingreso irregular (menos el mínimo vital)
5	Sin pensión, sin otros ingresos.
Pts.	3. VIVIENDA
1	Adecuada a las necesidades
2	Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas.)
3	Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto).
4	Vivienda semi-construida o de material rústico.
5	Asentamiento humano (invasión) o sin vivienda.
Pts.	4. RELACIONES SOCIALES
1	Mantiene relaciones sociales en la comunidad.
2	Relación social solo con familia y vecinos
3	Relación social solo con la familia

4	No sale del domicilio pero recibe visitas de familia.
5	No sale del domicilio y no recibe visitas.
Pts.	5. APOYO DE LA RED SOCIAL (MUNICIPIO, CLUBES, ONG, SEGURO SOCIAL, VIVIENDA).
1	No necesita apoyo
2	Requiere apoyo familiar o vecinal.
3	Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de éste o voluntariado social.
4	No cuenta con Seguro Social.
5	Situación de abandono familiar

VALORACION SOCIO-FAMILIAR

<input type="checkbox"/>	Buena/aceptable situación familiar
<input type="checkbox"/>	Existe riesgo social
<input type="checkbox"/>	Existe problema social

5 a 9 pts.: Buena/aceptable situación social.

10 a 14 pts.: Existe riesgo social.

≥ 15 puntos: Existe problema social.

ANEXO N° 3

PRUEBA BINOMIAL

CONCORDANCIA DE OPINIONES DE JUICIOS DE EXPERTOS

ITEMS	EXPERTOS					
	1	2	3	4	5	P
1	1	1	1	1	1	0.031
2	1	1	1	1	1	0.031
3	1	1	1	1	1	0.031
4	1	1	1	1	1	0.031
5	1	1	1	1	1	0.031
6	1	1	1	1	1	0.031
7	1	1	1	1	1	0.031

$$\frac{\sum p}{\text{Nº ítems}} = \frac{0.27}{07} = 0.03$$

Si $p < 0.05$ la concordancia es significativa, por lo tanto el instrumento es válido.

ANEXO N° 4
CODIFICACIÓN DE DATOS

1 EDAD	CÓDIGO
a)De 60 a 70 años	1
b)De 71 a 80 años	2
c) De 81 a más	3
2- SEXO	
a)Masculino	1
b)Femenino	2
3-ESTADO CIVIL	
a)Casado(a)	1
b)Soltero(a)	2
c)Divorciado(a)	3
d)Viudo(a)	4
4-GRADO DE INSTRUCCIÓN	
a)Primaria	1
b)Secundaria	2
c)Superior	3
5-CON QUIEN VIVE	
a)Solo	1
b)Con su cónyuge	2
c)Con su cónyuge e hijos	3
d)Con otros familiares	4

FACTORES DE RIESGO DE CAIDAS	
SI	NO
1	2

ANEXO N° 5

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO A TRAVÉS DEL ALFA DE CRONBACH DE LA PRIMERA VARIABLE

Para determinar la confiabilidad del instrumento se aplicó el cálculo del Coeficiente Alfa de Cronbach, que se lleva a cabo mediante la varianza de los ítems y la varianza del puntaje total, considerando la siguiente fórmula.

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

Donde:

S_i^2 : La suma de la varianza de cada ítem.

S_t^2 : La varianza del total

K: el número de ítems.

Usando el software estadístico Excel, se obtuvo los siguientes resultados Estadísticos de fiabilidad:

$$\frac{16}{16 - 1} \left(1 - \frac{16.70}{46} \right)$$

(1,06) (1- 0,36)

(1,06) (0,64)

Alfa de Cronbach: 0,67

Una confiabilidad es buena cuando su coeficiente se acerca a 1, por lo tanto, el instrumento es medianamente confiable.

ANEXO N° 6

FACTORES DE RIESGO DE CAIDAS																					
DATOS GENERALES					RIESGOS INTRÍNSECOS								RIESGOS EXTRÍNSECOS								
N°	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	1	2	1	3	2	1	2	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	1
2	2	2	2	1	4	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2	2	1	2
3	2	2	2	1	4	2	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	1	2	1	2	2
4	1	2	1	3	2	1	2	2	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	2	1	1
5	2	2	1	2	2	1	1	1	2	1	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1
6	2	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	2	1	2	1	2	1
7	3	2	4	2	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1
8	1	2	1	3	3	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2	1
9	2	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1
10	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1	2	1	2	1	2	2	1
11	1	2	1	3	2	1	1	1	2	1	2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	1
12	2	2	1	2	2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	1	2	2	1	2
13	2	1	4	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2
14	3	2	4	2	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	2	1	1
15	1	1	3	3	4	2	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1
16	2	2	4	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1
17	3	2	4	2	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1
18	1	2	1	3	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1
19	2	1	3	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1
20	3	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	2	2	1
21	1	1	3	3	3	2	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2
22	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1

VALORACION SOCIO-FAMILIAR						
N°	SITUACION FAM.	SITUACION ECON.	VIVIENDA	REL.SOCIALES	APOYO DE RED	TOTAL
1	1	3	2	2	2	10
2	2	2	2	1	3	10
3	4	4	4	4	4	20
4	1	1	2	2	2	8
5	4	4	4	2	4	18
6	2	2	2	2	2	10
7	3	2	2	3	2	12
8	2	2	2	2	2	10
9	2	3	3	2	5	15
10	2	2	5	5	2	16
11	2	2	2	3	3	12
12	3	3	3	5	5	19
13	1	1	2	2	2	8
14	1	3	3	2	2	11
15	2	2	2	2	2	10
16	3	2	2	3	2	12
17	2	2	2	2	2	10
18	3	3	3	3	3	15
19	2	2	2	2	2	10
20	2	2	2	3	3	12
21	3	3	3	1	1	11
22	1	1	1	1	1	5
23	1	1	1	1	1	5
24	3	3	3	1	1	11
25	4	4	4	4	4	20

26	1	1	2	2	2	8
27	1	3	3	2	2	11
28	2	2	2	2	2	10
29	3	2	2	3	2	12
30	2	2	2	2	1	9
31	3	3	3	3	3	15
32	2	2	2	2	1	9
33	2	2	2	3	3	12
34	3	3	3	1	1	11
35	3	3	3	3	3	15
36	2	2	2	1	2	9
37	2	2	2	3	3	12
38	2	2	2	2	1	9
39	2	2	2	3	3	12
40	3	3	3	1	1	11
41	3	3	3	3	3	15
42	2	2	2	2	1	9
43	1	1	1	1	1	5

ANEXO N°7

TABLA N° 2

FACTORES DE RIESGO DE CAÍDAS SEGÚN RIESGOS INTRÍNSECOS DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTE A CONSULTORIOS EXTERNOS HOSPITAL SANTA MARÍA DEL SOCORRO ICA OCTUBRE - 2016

RIESGOS INTRÍNSECOS	SI	%	NO	%
¿Puede desplazarse solo y sin ayuda	30	70	13	30
¿Siente mareos al pasar de la posición de sentado o acostado a la posición de pie?	28	65	15	35
¿Tiene problemas de visión?	32	74	11	26
¿Tiene problemas de audición?	35	81	8	19
¿Se ha caído alguna vez?	23	53	20	47
¿Tuvo dificultades en la realización de sus actividades diarias a consecuencia de la caída?	16	37	27	63
¿Usted padece de alguna enfermedad crónica?	24	56	19	44
¿Toma más de 3 medicamentos al día?	20	47	23	53

TABLA N° 3
FACTORES DE RIESGO DE CAÍDAS SEGÚN RIESGOS EXTRÍNSECOS
DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTE A CONSULTORIOS EXTERNOS
HOSPITAL SANTA MARIA DEL SOCORRO ICA,
OCTUBRE - 2016

RIESGOS EXTRÍNSECOS	SI	%	NO	%
¿El piso de su vivienda es resbaladizo?	16	37	27	63
¿Cuenta con buena iluminación en los ambientes de su hogar?	14	33	29	67
¿Tiene pasamanos en la escalera?	18	42	25	58
¿La mesa y sillas de la cocina son firmes y seguras?	30	70	13	30
¿Tiene barandilla para apoyarse en el área de la tina de baño, ducha e inodoro?	12	28	31	72
¿Mantiene el jabón, toallas de baño en un lugar seguro?	20	47	23	53
¿Su cama es adecuada que le permite sentarse y levantarse con facilidad?	18	42	25	58
¿Los pasillos del hogar se encuentran libres de sillas, adornos, etc.?	32	74	11	26

TABLA N° 4
VALORACIÓN SOCIAL DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTE A
CONSULTORIOS EXTERNOS HOSPITAL
SANTA MARÍA DEL SOCORRO
ICA, OCTUBRE -
2016

GLOBAL		Fr	%
BUENA/ACEPTABLE	(5-9)	12	28
EXISTE RIESGO SOCIAL	(10-14)	22	51
EXISTE PROBLEMA SOCIAL(>=15)		9	21
TOTAL		43	100