

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR EN PREVENCIÓN
DE CAÍDAS CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA III
AGUSTINO NOVIEMBRE**

2017

TESIS

**PRESENTADA POR BACHILLER
ROSA KATHERINE HERMOSA SALAS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

LIMA PERÚ

2018

ASESORA DE TESIS: LIC. MARGARITA YANAMANGO CONTRERAS

AGRADECIMIENTO

A Dios

Por darme la vida, salud, protegerme y guiarme en el camino.

A la Universidad Privada San Juan Bautista, Escuela Profesional de Enfermería

Por ser mi Alma Mater formadora de un gran futuro

A la Población de estudio del centro de salud

Por permitirme poder interactuar con ellos

A mi asesora

Por no dejarme sola en ningún momento, por brindarme su tiempo y esfuerzo
continúo en mi trabajo de tesis

DEDICATORIA

A mis padres, hermano e hija que son mí motor y motivo, me dan fuerzas para seguir creciendo profesionalmente y desarrollarme en esta área que es mi vocación y aplicarla en personas que necesiten de mi cuidado como enfermera.

RESUMEN

La Población de Adultos Mayores en el Mundo y en el Perú se ha venido incrementando en los últimos años, además por características propias de su edad tienen mayor riesgo de sufrir accidentes, por la disminución de su capacidad por el propio proceso de envejecimiento, teniendo como **Objetivo:** Determinar el autocuidado en el adulto mayor en prevención de caídas centro de atención primaria iii el agustino. **Metodología:** El presente trabajo de investigación es de tipo cuantitativo, de tipo descriptivo, de corte transversal, La población estaba conformada por Adultos Mayores que asisten al Centro de Atención Primaria III. La muestra estaba constituida por 50 personas a quienes se les aplicó un Cuestionario **Resultados:** Con respecto al Autocuidado en el Adulto Mayor en Prevención de Caídas el 60% (30) es Adecuada y el 40% (20) es Inadecuada. Según Dimensiones el Factor Intrínseco el 78% (39) son Inadecuadas, mientras que en la Dimensión de Factores Extrínsecas el 58% (29) resultan Adecuadas. **Conclusión:** El autocuidado del Adulto Mayor en prevención de caídas en el centro de atención primaria III es adecuado.

PALABRAS CLAVE: Adultos Mayores, autocuidado, caídas,

ABSTRACT

The Population of Major Adults in the World and in Peru one has come increasing in the last years, since they have major risk of having accidents for the decrease of his capacity for the own process of aging, **I target::** the auto care Determines in the major adult in prevention of falls center of primary care iii district of the auction. **Methodology:** The present work of investigation is of quantitative type, the applied method is of descriptive type, of transverse .The population was shaped by Major Adults who are present at the Center of Primary care the IIIrd. The sample was constituted by 50 Bigger Adults than which I apply the Questionnaire.**Results:** With regard to The Auto care in the Major Adult in Prevention of Falls 60 % (30) is Adapted and 40 % (20) is Inadequate. According to Dimensions the Intrinsic Factor 78 % (39) proves to be Inadequate, whereas in the Extrinsic Dimension of Factors 58 % (29) proves to be Suitable. **Conclusion:** The auto care of the AM in prevention of falls in the center of primary care the IIIrd is adapted, According to dimensions intrinsic and extrinsic factors in the major adult in prevention of falls in the center of primary care the IIIrd the Augustine are suitable.

KEY WORDS: Major Adults, auto care, falls,.

PRESENTACIÓN

La siguiente investigación aborda el Autocuidado del Adulto Mayor en Prevención de Caídas Centro de Atención Primaria III noviembre 2017. Dado que hoy en día se ha reportado que la población de los Adultos Mayores tanto en el mundo como en el Perú se viene incrementando en los últimos años el riesgo de sufrir accidentes por la disminución de su capacidad por el proceso de envejecimiento. Según la Organización Mundial de Salud (OMS) Las Caídas son la segunda causa mundial de muerte por lesiones y accidentes. La incidencia anual de caídas, entre la población de 65-70 años, es del 25%, pasando al 47% después de los 75, y aumentando después de los 80 para disminuir posteriormente Epidemiológicamente, el 88% de las caídas son la causa principal de las fracturas de cadera en el anciano. Tan sólo el 8% se deben a accidentes y el 3% a fracturas patológicas

El objetivo es determinar el Autocuidado en el Adulto Mayor en Prevención de Caídas. La población está conformada por Adultos Mayores que asisten al Centro de Atención Primaria III.

La presente investigación cuenta con el siguiente contenido:

Capítulo I: El Problema: En el cual se presentan indicadores de la problemática a nivel mundial, latinoamericano y local es decir se realiza un enfoque general referente al problema a desarrollar. Capítulo II: Marco teórico: Dentro del presente capítulo, encontramos estudios previos a la investigación realizada, los cuales nos permiten tener una noción a más profundidad.

Capítulo III Material y Métodos: Corresponde a la metodología empleada en la investigación presentada, tipo de estudios entre otros. Capítulo IV: Resultados y Discusión: se detallan los hallazgos encontrados durante la investigación contrastándolos con estudios antepuestos al presente. Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones y Finalmente las referencias bibliográficas, bibliografías y anexos.

ÍNDICE

	Pág.
CARATULA	i
ASESORA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
PRESENTACIÓN	vii
ÍNDICE	ix
LISTA DE TABLAS	xi
LISTA DE GRAFICOS	xii
LISTA DE ANEXOS	xiii
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
I.a. Planteamiento del problema.	14
I.b. Formulación del problema	17
I.c. Objetivos	18
I.c.1. Objetivo General	18
I.c.2. Objetivo Específicos	18
I.d. Justificación	18
I.e. Propósito	19
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
II.a. Antecedentes bibliográficos	20
II.b. Base teórica	24
II.c. Hipótesis.	46
II.d. Variables	46
II.e. Definición operacional de términos	46

CAPÍTULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN	
III.a. Tipo de estudio	47
III.b. Área de estudio.	47
III.c. Población y muestra.	47
III.d. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	48
III.e. Diseño de recolección de datos	49
III.f. Procesamiento y análisis de datos	49
CAPÍTULO IV: ANALISIS DE LOS RESULTADOS	
IV.a. Resultados	50
IV.b. Discusión.	54
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.	
V.a. Conclusiones.	58
V.b. Recomendaciones	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
BIBLIOGRAFÍA	63
ANEXOS	64

LISTA DE TABLAS

		Pág.
TABLA 1	Datos generales de los adultos mayores del centro de atención primaria III distrito del Agustino noviembre 2017.	50

LISTAS DE GRÁFICOS

		Pág.
GRÁFICO 1	Autocuidado en el adulto mayor en prevención de caídas Centro de atención primaria III Agustino noviembre 2017.	51
GRÁFICO 2	Autocuidado en el adulto mayor en prevención de caídas según dimensiones Centro de atención primaria III Agustino noviembre 2017	50
GRÁFICO 3	Autocuidado en el adulto mayor en prevención de caídas según dimensión factores intrínsecos Centro de atención primaria III Agustino noviembre 2017	52
GRÁFICO 4	Autocuidado en el adulto mayor en prevención de caídas según dimensión factores extrínsecos Centro de atención primaria III Agustino noviembre 2017	53

LISTA DE ANEXOS

		Pág.
ANEXO 1	Operacionalización de variables	65
ANEXO 2	Instrumento	63
ANEXO 3	Validez de Instrumento	65
ANEXO 4	Consentimiento informado	66

CAPITULO I: EL PROBLEMA

I.a. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En las próximas décadas, la mayoría de países del mundo deberán enfrentar los efectos inevitables de sus respectivos procesos de transición demográfica debido a la disminución de la fecundidad y mortalidad que experimentan y seguirán experimentando los países de la región; dichos cambios señalados tienen dos facetas. La primera de ellas es el componente envejecimiento individual; en el cual se considera la reducción de la mortalidad a edades tempranas y prolongación del promedio de vida lo que constituye logros enormes para la humanidad.¹

La segunda, es que, en ese contexto en que además disminuye la fecundidad, se van produciendo cambios en la estructura por edades, para esto se requiere un esfuerzo enorme de las sociedades para poder hacer frente a una población adulta mayor que va en crecimiento, lo que se agrava porque, en la mayoría de los países no se han dado los cambios económicos, jurídicos, institucionales y culturales necesarios para enfrentarla¹

Así mismo para la Organización Mundial de la Salud (OMS) La población adulta mayor en el mundo se ha venido incrementando, hacia el 2050, la población del mundo está pasando de 11% a 22%; por lo tanto, pasará de 605 a 2000 millones de habitantes en el mundo realidad preocupante ya que no nos encontramos preparados para abordar adecuadamente a esta población en aumento , dato importante informado por la OMS nos hace referencia que las caídas son la segunda causa de muerte por lesiones accidentales o no intencionales en el mundo. Se calcula que anualmente mueren en el mundo unas 646 000 personas debido a caídas, y más de un 80% de esas muertes se registran en países de bajos , son

las personas mayores de 65 años quienes sufren más caídas mortales al año .²

Llama la atención que cada año se producen 37,3 millones de caídas cuya gravedad requiere atención médica. Siendo ello un importante problema mundial de salud pública, se calcula que anualmente se producen 646 000 caídas mortales, lo que convierte a las caídas en la segunda causa mundial de muerte por lesiones no intencionales. Las mayores tasas de mortalidad por esta causa corresponden en todas las regiones del mundo a los mayores de 60 años. Cada año se producen 37,3 millones de caídas que, aunque no sean mortales, requieren atención médica y suponen la pérdida de más de 17 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad.²

Al respecto en América Latina, como en el resto del mundo, está cobrando relevancia la obtención de información alrededor del tema de la salud de los adultos mayores. Dicho interés es impulsado por el envejecimiento acelerado que enfrenta la región y que dará por resultado un incremento en la necesidad de servicios especializados para este grupo de edad. Se considera que las caídas son la principal causa de lesiones accidentales en los adultos mayores en México, un reporte del 2008 encontró que hasta el 54% de las lesiones accidentales, sufridas por un grupo de adultos mayores de la comunidad (urbana), es causado por las caídas.

De igual manera en la población rural de adultos mayores mexicanos, se encontró que existe una asociación entre la dependencia funcional en mujeres y las caídas; dicha relación inexistente en hombres. Asimismo, existen referencias de algunos gobiernos en países latinoamericanos de habla española, alrededor de la implementación de diferentes estrategias para la prevención de caídas, sin embargo, no hay reportes que muestren

los resultados de dichos programas o ensayos clínicos que aborden el tema en la región.³

Por su parte la Prevalencia de Caídas en Adultos Mayores sanos con edades entre los 60 y 75 años varía de 15 a 30 %, y aumenta en los mayores de 70 años. Según la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) realizada en población urbana de siete países latinoamericanos y del Caribe, entre ellos México, para 2003 se reportó una prevalencia de 34.5%. Algunos estudios consideran que sólo 20% de las personas que sufren una caída requieren Atención Médica, y el restante 80% no reporta el incidente por considerarlo poco importante o por vergüenza en el Adulto Mayor.⁴

Según estudios realizados en los países desarrollados el 30% de las personas de 65 años o más que viven en su casa, pueden caer una o más veces por año; este porcentaje se incrementa hasta 50 % en lo mayores de 80 años. Siendo este fenómeno predominante en el sexo femenino y en las personas de 60 a 65 años, pero tiende a igualarse por sexos conforme se incrementa la edad. Aproximadamente el 30% de los Adultos Mayores que viven independientes en sus hogares se caen al menos una vez al año, 5% de estas caídas se generan fracturas de las cuales el 15% corresponden a fracturas de caderas.

Dentro de este marco las caídas son una fuente de morbilidad y mortalidad en el Adulto Mayor, con alto costo en servicios de salud y en materia de incapacidad del individuo. Siendo este uno de los percances más comunes en esta población, cobra importancia en el grupo etario comprendido entre 60 y 75 años, dentro del cual se incrementa el riesgo en forma proporcional a medida que aumenta la edad. Los cambios físicos y fisiológicos que se producen durante el proceso de envejecimiento aumentan el riesgo de usuario de sufrir caídas y otro tipo de accidentes.⁶

Al respecto las estadísticas proyectan que estos son más proclives a las caídas en el dormitorio, cuarto de baño y cocina, fenómeno frecuente que afecta a una gran parte de la población de personas mayores .Por tal motivo, existen alternativas de Prevención y de Autocuidado que pueden reducir los riesgos de accidentes en las personas Adultas Mayores, aminorando sus consecuencias y mejorando su calidad de vida.⁶

La búsqueda de evidencias en el Centro de Atención primaria III Agustino llevo a observar que los adultos mayores iban solos a sus consultas y atenciones médicas e incluso algunos de ellos no contaban con un bastón no adecuado para ellos , utilizan palos como una especie de bastón, otro punto importante de mencionar es el tipo de calzado con el que asistían , a la consulta acerca de que por que venían solos al centro y no acompañados por algún miembro de su familia ellos refirieron :“señorita mis hijos ya están casados tienen familia , no quiero molestarlos , trabajan bastante , Si bien los adultos mayores no contaban las medidas preventivas adecuadas, con los medios que tienen a su mano trataban siempre de cuidarse a sí mismos ante algún accidente.

Es por ello que se tomó a bien realizar la siguiente pregunta

I.b. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo es el Autocuidado que realiza el Adulto Mayor en la Prevención de Caídas Centro Atención Primaria III El Agustino Noviembre – 2017?

I.c. OBJETIVOS

I.c.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el Autocuidado del Adulto Mayor en Prevención de Caídas
Centro de Atención Primaria III El Agustino noviembre 2017

I.c.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar el Autocuidado del Adulto Mayor en la Prevención de caídas
Según:

- ✓ Factores Intrínsecos
- ✓ Factores Extrínsecos

I.c. JUSTIFICACION

El Presente estudio es necesario porque permite conocer el nivel de Autocuidado del Adulto Mayor en la Prevención de Caídas, lo que implica que el mismo asuma voluntariamente la responsabilidad sobre el cuidado de su propia salud, tanto física como mental, adoptando estilos de vida saludables considerando sus propias limitaciones y posibilidades; para así disminuir la morbilidad y mortalidad en el Adulto Mayor y mantener una calidad de vida durante los años que logre vivir.

Así mismo, la investigación es de suma importancia, porque a través de los hallazgos de la problemática, se podría proponer soluciones para modificar las carencias encontradas y fortalecer las áreas, para contribuir en el logro de un buen autocuidado.

Mediante la investigación realizada se procura construir nuevos conocimientos sobre el autocuidado en adultos mayores y sus beneficios. A su vez servir de apoyo y/o base para otros estudios referentes a este tipo de problemática, fomentando así la exploración y actualización de los conocimientos en el cuidado del adulto mayor, y para la construcción de nuevos instrumentos.

I.e. PROPÓSITO

Los hallazgos obtenidos proporcionaran datos reales a las Autoridades del Centro de Atención Primaria III sobre el Autocuidado del Adulto Mayor en Prevención de Caídas, a fin de plantear y formular estrategias y programas de capacitación que se puedan Brindar a los Adultos Mayores. Así mismo se espera que la presente investigación pueda servir como marco de referencia para futuros estudios, contribuyendo de esta manera con la comunidad científica.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

II.a ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

INTERNACIONALES

Machado R, Bazán M y Bordelois M. Realizaron en el 2014 en Cuba. Un estudio descriptivo y transversal con el objetivo de: Determinar **LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LAS CAÍDAS EN LOS ANCIANOS, SEGÚN EL GRADO DE DEPENDENCIA**. Métodos: se realizó un estudio descriptivo y transversal de 57 pacientes, que recibieron atención ortopédica en el área de salud Guanabo del municipio Habana del Este de la provincia Ciudad de la Habana, desde enero hasta julio del 2011. Resultados: predominaron los gerontes de 80-89 años y las fracturas de caderas como las lesiones más frecuentes. Entre los principales factores de riesgo extrínsecos figuraron: mobiliario inestable, suelos irregulares e iluminación insuficiente; los intrínsecos fueron hipertensión arterial, alteraciones visuales y osteoarticulares. Según el índice de Bather y la escala de Lawton, la mayoría de los afectados mostraron un grado de dependencia leve para el primero y de 3-4 actividades instrumentales de la vida diaria, para el segundo. Conclusiones: el riesgo de caída fue mayor en las féminas y aumentó con la edad; influyeron factores intrínsecos y extrínsecos, así como el grado de dependencia que poseían.⁷

Pérez A, Domínguez G y González E. Realizaron en el 2014 México. Un estudio descriptivo, observacional con el Objetivo de: Evaluar **LA PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO EXTRÍNSECOS PARA CAÍDAS EN LA RESIDENCIA DEL ANCIANO “CASA DEL ÁRBOL” (RACA) DEL SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIAR DE TABASCO, EN EL AÑO 2014**. Material y métodos:

se realizó un estudio descriptivo, en el que usando la “Guía de observación para la identificación de factores de riesgo extrínsecos para caídas” de la Organización Mundial de la Salud, se identificaron estos factores de riesgo en las áreas de atención y deambulación de adultos mayores de la RACA. Estos factores de riesgo fueron catalogados en: arquitectónicos, de mobiliario, de equipo y de proceso. Resultados: se evaluaron 12/12 áreas de atención y deambulación de adultos mayores. Se identificaron 144 factores de riesgo extrínsecos: arquitectónicos 24%, de mobiliario 16%, de equipo 22% y de proceso 38%. Las áreas con mayor número de factores de riesgo identificados fueron: área común 10%, habitaciones (módulo 2) 10%, habitaciones (módulo 4) 9%, y pabellón de mujeres 9%. Los factores de riesgo más frecuentes en relación al total de áreas del centro asistencial fueron: ausencia de sistema de llamado 100%, falta de normas de seguridad 100%, no delimitación de áreas de piso mojado 100%, y carencia de sistema de mantenimiento de mobiliario y equipo 100%. Conclusiones: los factores de riesgo identificados fueron diferentes a los reportados en estudios similares. Se requiere implementar un protocolo de caídas en la institución...⁸

Alvear I, Ruth M. Realizó un Estudio en el Año 2014 en Ecuador de tipo Descriptivo con el Objetivo de realizar la **PERCEPCIÓN DE LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE PROMOCIÓN ACTIVA DEL IESS-CUENCA**. En la Población se encuestó a 120 pacientes de los que el 65 % fueron mujeres. Resultados Los resultados de la investigación muestran que en el 30% de los adultos mayores estudiados la percepción de la capacidad de autocuidado se dispone de muy pocos datos sobre el comportamiento de la percepción de la capacidad de autocuidado entre los adultos mayores; siendo considerado este grupo poblacional vulnerable además se ha demostrada la relación entre la capacidad de autocuidado y la calidad de vida de los adultos mayores. Como estadísticos para datos cuantitativos se empleó la

estadística descriptiva como frecuencias y porcentajes. En el caso de los datos cualitativos se empleó la frecuencia relativa (%) para resumir el comportamiento de los mismos. fue deficiente, las áreas con mejor desempeño (autocuidado adecuado) entre los adultos mayores se encuentran el control de adicciones (80,0 %), la actividad física (65,8 %) y el control de la medicación (64,2 %). Mientras, las de bajas resultados fueron las de control del descanso y sueño y el control de la eliminación, en los que más del 40 % de la muestra presentó una percepción de autocuidado inadecuada. Conclusiones Los resultados indican un déficit potencial en el autocuidado de los adultos mayores investigados, lo que sugiere la necesidad de ampliar este estudio a otros centros geriátricos de la ciudad y del país, además muestra una clara correlación entre sexo, nivel de instrucción y percepción del autocuidado.⁹

NACIONALES

Huallanca K y Fernández I. realizaron en el 2016 en Perú. Un estudio, observacional y retrospectivo con el objetivo: Establecer **LOS FACTORES INTRÍNSECOS Y EXTRÍNSECOS QUE DETERMINAN LAS CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR**. Materiales y Métodos: Revisión Sistemática observacional y retrospectivo, la búsqueda se ha restringido a artículos con texto completo y los artículos seleccionados se sometieron a una lectura crítica, utilizando la evaluación de Jover para identificar su grado de evidencia. Resultados: En la selección definitiva se eligieron 09 artículos, encontramos que el 33.3% (03) corresponden a México, con un 22.2% (02) encontramos a España y Cuba respectivamente; mientras que con un 11.1% (01) encontramos a Brasil y Perú. Han sido motivo de estudio una revisión sistemática de España y un estudio de Cohorte perteneciente a Brasil con un 11.1%. Un 33.3% son estudios de Casos y controles de los países de España, México y Cuba. Por último los estudios descriptivos, con un 44.4%, de los países de Cuba, México y Perú. Conclusiones: Se evidenció en las investigaciones revisadas que los

factores de riesgo intrínsecos asociados a caídas corresponden a un 90%; siendo la edad mayor a 80 años, la alteración de la marcha, las alteraciones físicas como funcionales y cognitivas, el miedo a caer por antecedentes y la enfermedad vascular; los principales. Y como factor extrínseco 10%, se asoció al riesgo de caer a los pisos resbaladizos y la infraestructura del hogar como principales factores. ¹⁰

Torres J. Realizo en el 2015. Perú. Un Estudio cuantitativo , de diseño descriptivo y de corte transversal con el Objetivo: Determinar **EL NIVEL DE AUTOCUIDADO EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS QUE TIENE EL ADULTO MAYOR QUE ACUDE AL CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR DE BARRANCO, ENERO A MARZO 2015**. Materiales y métodos: Estudio cuantitativo, de diseño descriptivo y de corte transversal, se trabajó con 70 adultos mayores autovalentes que asisten regularmente al Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM). Se aplicó un cuestionario elaborado y validado por Camino María del pilar, quien reporta una confiabilidad de 0.61 y validez por juicio de expertos $p = 0.039$. Resultados: El nivel de autocuidado relacionado a los factores intrínsecos fue predominantemente medio con 54.3%. Se destacaron las siguientes acciones como: realización de actividades físicas (65.7%), uso frecuente de zapatos cómodos (80%) y el no consumo de alcohol (90%). En cuanto al nivel de autocuidado relacionado a los factores extrínsecos 52.9% alcanzó un nivel medio y las acciones que fomentan el autocuidado son: el mantenimiento de la iluminación en los ambientes de la vivienda (95.7%), con pasillos libres de obstáculos (82.9%), objetos de uso diario al alcance de la mano (80%), pisos limpios no resbalosos (70%) y uso de pasamanos en los vehículos al trasladarse fuera del hogar (91.4%). Conclusiones: El nivel de autocuidado en la prevención de caídas del adulto mayor fue medio tanto para el control de los factores intrínsecos y extrínsecos.¹¹

Los estudios presentados antecediendo a la presente investigación , tanto nacionales como internacionales, permiten tener una idea universal sobre esta problemática en personas adultas mayores , Asimismo han servido de gran utilidad para realizar en planteamiento del problema, la construcción de objetivos y la hipótesis, siendo estas respuestas anticipadas ante las problemáticas del autocuidado en el adulto mayor en prevención de caídas mediante las distintas manifestaciones de datos estadísticos. A su vez sirvieron para poder regir el aspecto metodológico de las discusiones de los resultados obtenidos por la investigación.

II.b. BASE TEÓRICA

AUTOCUIDADO

El autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son 'destrezas' aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece. ¹²

Entre las prácticas para el autocuidado se encuentran: alimentación adecuada a las necesidades, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicio y actividad física requeridas, habilidad para controlar y reducir el consumo de medicamentos, seguimiento para prescripciones de salud, comportamientos seguros, recreación y manejo del tiempo libre, diálogo, adaptaciones favorables a los cambios en el contexto y prácticas de autocuidado en los procesos mórbidos . ¹²

“Cualquier cosa que una persona pueda aprender, conduce a cambios en uno de los tres campos siguientes del comportamiento: cognitivo, afectivo y psicomotor; todo aprendizaje equivale a obtener el desarrollo de una forma de comportamiento, bien sea porque surjan o cambien los comportamientos, los afectos o las destrezas psicomotoras en la persona”

El autocuidado es una función inherente al ser humano e indispensable para la vida de todos los seres vivos con quienes interactúa; resulta del crecimiento de la persona en el diario vivir, en cada experiencia como cuidador de sí mismo y de quienes hacen parte de su entorno. Debido a su gran potencial para influir de manera positiva sobre la forma de vivir de las personas, el autocuidado se constituye en una estrategia importante para la protección de la salud y la prevención de la enfermedad.¹²

EL AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR

Es la práctica de actividades que las personas emprenden en relación con situación de salud, con la finalidad de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal, conservar el bienestar y con el fin de mantener la vida y la salud, recuperarse de los daños y de la enfermedad y manejarse con sus efectos. Se trata de un concepto de vital importancia, ya que involucra a la persona mayor como actor competente con capacidad para tomar decisiones, controlar su propia vida y asegurarse la posibilidad de gozar de un buen estado de salud. En este sentido, el autocuidado permitirá alcanzar una mejor calidad de vida, a través del fortalecimiento del potencial de autonomía y de la responsabilidad en sí mismos, indispensables para tener un envejecimiento pleno y saludable.¹³

Es relevante no perder de vista que el concepto de autocuidado es aplicable en el proceso de envejecimiento de las personas mayores sanas o enfermas. Para lograrlo se requiere la participación de la familia, cuidadores (en el caso de que la persona tenga algunas dificultades para realizar sus actividades) y de las redes de apoyo, con el propósito de

ayudarles a encauzar sus dificultades de salud. El tipo de autocuidado que el adulto mayor necesita dependerá de los factores internos y externos que afectan su capacidad de velar por sí mismo. El autocuidado de los adultos mayores debe ser integral. Es decir, no solo debe responder a sus necesidades básicas, sino que también debe incluir sus necesidades psicológicas, sociales, de recreación y espirituales. Solo así el autocuidado será el medio por el cual los adultos mayores podrán desarrollar al máximo sus potencialidades, indispensables para una vejez saludable.¹³

ADULTO MAYOR

Las Naciones Unidas consideran anciano a toda persona mayor de 65 años (países desarrollados) y de 60 años (países en vías de desarrollo). De acuerdo a la OMS las personas de 60 a 74 años son de edad avanzada, de 75 a 90 años son ancianas y mayores de 90 años son grandes viejo. El Dr. Ernesto Lammoglia nos deja claro, en su libro “Ancianidad, ¿camino sin retorno?”, que un adulto mayor no puede definirse simplemente por rebasar un límite de edad, pues de hecho los cambios fisiológicos, psicológicos y emocionales cambian de persona a persona ¹⁷

La vejez trae transformaciones personales, de las condiciones físicas, de la independencia económica y funcional, la modificación de roles dentro de la familia, la participación en el mercado laboral, el uso del tiempo libre, la autopercepción, la percepción que los demás tienen de nosotros, etcétera De acuerdo a Antonio Corral Iñigo en su libro llamado “De la lógica del adolescente a la lógica del adulto” se puede decir que el desarrollo cognitivo de cada adulto mayor es diferente, puesto que depende del contexto en el cual su vida se desarrolló . ¹⁷

Así también es importante destacar que aunque se pierdan determinadas capacidades, otras, en cambio, mejoran, haciendo que adulto gane en competencia adaptativa. Es decir, se producen pérdidas en las medidas de las habilidades físicas y cognitivas, pero se producen mejoras en el conocimiento del propio trabajo y en la realización del mismo. El término adulto mayor tiene una denotación brindada por la misma sociedad, es una definición social. Cabe mencionar que actualmente parte de la población mundial tiene un envejecimiento notorio a partir de los 80 años de edad, eso hace pensar que el término de adulto mayor podría incluso, en unos años, referirse a personas aún mayores de 70 o 75 años.¹⁷

Retomando algunas ideologías de San Agustín, la vejez era un estado de retiro y senectud, en la modernidad es vista como una enfermedad. En la época del renacimiento, los ancianos eran rechazados, puesto que representaban todo aquello que quisieron suprimir. En la Edad Media el anciano era segregado, existió la “Regla del Maestro”, que era un conjunto de reglas monásticas del siglo IX, donde se desplaza a los ancianos a labores de portero o pequeños trabajos manuales.¹⁷

CAIDAS

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud), las caídas se definen como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detiene. Otra definición la refiere como la consecuencia de cualquier acontecimiento, que precipita al individuo generalmente al piso contra su voluntad, suele ser repentina, involuntaria e insospechada y puede ser confirmada o no por el paciente o un testigo.¹⁶

Aunque las caídas conllevan un riesgo de lesión en todas las personas: la edad, el sexo y el estado de salud pueden influir en el tipo de lesión y su gravedad. La edad es uno de los principales factores de riesgo para

caídas. Los ancianos son quienes corren mayor riesgo de muerte o lesión grave por caídas y el riesgo aumenta con la edad. Las caídas en pacientes de más de 60 años, cuya incidencia aumenta con la edad, constituyen un problema clínico importante por la morbilidad, la mortalidad y los costos para el individuo, su familia y la sociedad.¹⁶

CLASIFICACIÓN DE LAS CAÍDAS

Las caídas en los ancianos pueden englobarse bajo el nombre de "síndrome geriátrico de caídas", que de acuerdo con la OMS se define como la presencia de dos o más caídas durante un año. Así también, se considera que un paciente presenta caídas recurrentes cuando éstas se presentan en un número de tres o más episodios durante un mes.

De acuerdo con criterios de causalidad y tiempo de permanencia en el piso, las caídas se pueden clasificar en tres.¹⁶

Caída accidental: Es aquella que se produce por una causa ajena al adulto(a) mayor, con origen en un entorno potencialmente peligroso, por ejemplo un tropiezo con un objeto o barrera arquitectónica.

Caída de repetición "no justificada": Es aquella donde se hace patente la persistencia de factores predisponentes como poli patología o polifarmacia. Un ejemplo lo constituyen la enfermedad de Parkinson y la sobredosificación con benzodiazepinas.¹⁶ **Caída prolongada:** Es aquella en la que el adulto(a) mayor permanece en el suelo por más de 15 a 20 minutos con incapacidad de levantarse sin ayuda. Las caídas con permanencia prolongada en el piso son indicativas de un mal pronóstico para la vida y la función.

Las caídas con permanencia prolongada en el piso se consideran como indicadores de una reserva fisiológica disminuida en aquellas personas adultas mayores que las sufren, ya que pueden estar relacionadas con

trastornos únicos o múltiples que acortan su supervivencia o alteran su funcionalidad general.¹⁶

Otra clasificación divide a las caídas en dos grupos:

Caídas accidentales: Ocurren cuando un factor extrínseco actúa sobre una persona que está en estado de alerta y sin ninguna alteración para caminar, originando un tropezón o resbalón que termina en una caída.

Caídas no accidentales: Pueden ser de dos tipos, aquellas en las que se produce una situación de pérdida súbita de la conciencia en un individuo activo y aquellas que ocurren en personas con alteración de la conciencia por su condición clínica, efectos de medicamentos o dificultad para la deambulaci3n.¹⁶

FACTORES DE RIESGO PARA CAÍDAS

Se han documentado varios factores de riesgo relacionados con caídas, que se pueden clasificar en dos: **Intrínsecos:** Se denominan así aquellos factores que predisponen a caídas y que forman parte de las características físicas de un individuo. De éstos, encontramos factores tanto modificables como no modificables. A su vez dentro de éstos, se incluyen los cambios fisiológicos, las enfermedades agudas y crónicas y el consumo de fármacos.

Extrínsecos: Son también llamados ambientales y se pueden agrupar en aquellos que se encuentran en la vivienda, vía pública y medios de transporte.¹⁶

Asimismo, se han reportado como causas de caídas en los adultos mayores institucionalizados: debilidad general 31%, peligros ambientales 25%, hipotensi3n ortostática 16%, enfermedad aguda 5%, alteraciones en la marcha o balance 4%, medicamentos 5% y desconocidas en el 10%

de los casos. También se ha documentado que el 47.2% de los pacientes ancianos dementes presentan caídas, frente al 20.5% que no tienen esta característica.¹⁶

En otros estudios se han reportado como factores asociados a caídas: el antecedente de caída, alteraciones de la marcha, incapacidad funcional, deterioro cognitivo, consumo de medicación psicotrópica y exceso de actividad física. El sexo femenino y la edad avanzada, también se han referido como predictores de caídas.¹⁶

ENVEJECIMIENTO

Durante el proceso de envejecimiento se producen una serie de cambios que afectan tanto al aspecto biológico como al psicológico de la persona. Pero, además, también se produce una importante transformación en el papel social que hasta entonces ha desarrollado esa persona. Sin duda, los cambios que antes se ponen de manifiesto durante el envejecimiento son los cambios físicos que, en realidad, son una continuación de la declinación que comienza desde que se alcanza la madurez física, aproximadamente a los 18 o 22 años. A esa edad finaliza la etapa de crecimiento y empieza la involución física. Pero no todos los cambios se producen en la misma época y con el mismo ritmo.¹⁴

Todavía no es posible distinguir qué cambios son verdaderamente un resultado del envejecimiento y cuáles derivan de la enfermedad o de distintos factores ambientales y genéticos. En este aspecto, las diferencias individuales son tan notables que hacen difícil la extracción de conclusiones sobre el tema. La razón por la que se considera a la persona mayor como «vulnerable» es porque su organismo tarda más tiempo en recuperarse de cualquier proceso que afecte a su normalidad. Pero al mismo tiempo que aparecen esas «vulnerabilidades», la mayoría de las personas de edad avanzada desarrollan una serie de mecanismos de

adaptación y de estrategias que compensan las carencias. Eso les permite llevar su vida diaria con relativa autonomía.¹⁴

Un ejemplo muy significativo lo encontramos en la disminución de la fuerza física que se produce con la edad. Así, cuando una persona es joven, suele realizar pocas compras a lo largo del mes, ya que no tiene problemas en cargar con cualquier peso. Por el contrario, una persona mayor realiza en ese mismo tiempo varias compras pequeñas, ya que de ese modo le resulta más fácil transportar el peso, pues su fuerza ha disminuido.¹⁴

PAPEL DEL PROFESIONAL DE LA SALUD EN EL FOMENTO DE LA PROMOCION Y PREVENCION DEL AUTOCUIDADO

El tema del autocuidado ha sido abordado por diferentes profesiones, tanto del área de la salud como del área social, debido a que tiene un alto contenido sociológico, antropológico, político y económico, por lo tanto su estudio es de carácter interdisciplinario. Para el profesional de la salud, el autocuidado es un reto puesto que él es el llamado a promoverlo. El fomento del autocuidado requiere de un enfoque humanista, por lo tanto, es necesario partir del concepto de persona como ser integral, y de salud como “el resultado de los cuidados que uno mismo se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud”.¹⁵

Cuando se piensa en promover el autocuidado en el marco del desarrollo humano, se requiere que toda persona pueda ser, tener, hacer y estar; ella necesita la satisfacción y el desarrollo en condiciones de equidad que le permitan la subsistencia, el afecto, la protección, la participación, el entendimiento, el ocio, la creación, la libertad y la identidad.

Con respecto al fomento del autocuidado el Profesional de Enfermería requiere: Internalizar que la salud es consecuencia de un proceso

dinámico, complejo; un proceso que depende del cuerpo, de la mente, de las emociones, de la vida espiritual y de las relaciones con los demás y con el mundo que nos rodea. ¹⁵

Evitar que sus intervenciones sean ‘amenazantes’ o ‘coercitivas’ para la gente; por el contrario, partir del estímulo a la autoeficacia en las personas y fomentar en ellas niveles cada vez más altos de autoestima, puesto que (el autocuidado es, en gran parte, un resultado del quererse. Al fortalecer la autoestima se impulsan prácticas deliberadas de autoafirmación, autovaloración, autor reconocimiento, autoeficacia y autoexpresión de los aspectos que favorecen el desarrollo integral: “más vale que el personal de salud animase a la gente a que vivieran unas vidas de un hedonismo controlado, para que fueran capaces de disfrutar plenamente la única vida que podrán vivir, probablemente” ¹⁵

Explorar y comprender las rupturas que existen entre conocimientos, actitudes y prácticas, para así plantear propuestas de acción, y capacitación que hagan viable una armonía entre cognición y comportamientos. Sin olvidar, según Shaw, que: “ni por un momento se me ocurriría sugerir que el personal de salud debería tener poder de coerción sobre el paciente, aunque fuera por su bien”.¹⁵

(Contextualizar el fomento del autocuidado de acuerdo con las características culturales, de género, y etapa del ciclo vital.

Asumir que las personas realizan las prácticas de autocuidado con la certeza de que mejorarán sus niveles de salud, sin olvidar que no todas las prácticas para cuidarse redundan en mayores niveles de salud, bien porque en sí mismas no producen el efecto deseado, o porque resultan insuficiente pues no son practicadas con la frecuencia y la permanencia requeridas.

Estudiar mediante investigaciones cualitativas, con una visión antropológica, la ‘textura de la vida cotidiana’ y los imaginarios de la

gente, para poder reconocer las lógicas y prácticas de las personas, con respecto al cuidado de la salud. De lo anterior se desprende la necesidad de que el profesional de la salud fomente y participe del diálogo de saberes, el cual le permite identificar, interpretar y comprender la lógica y la dinámica del mundo de la vida de las personas, mediante el descubrimiento y el entendimiento de la racionalidad, el sentido y el significado, para poder articularlo con la lógica científica y solo así, tener una visión más clara de la salud y la enfermedad, que se traduzca en el fomento de comportamientos saludables y en la adopción de los mismos; puede afirmarse que no es solamente a la luz del desarrollo de las ciencias de la salud y la evidencia científica, que se determina la bondad o no de las prácticas de autocuidado. ¹⁵

Buscar espacios de reflexión y discusión acerca de lo que la gente sabe, vive y siente con respecto a las diferentes situaciones de la vida y la salud, con lo cual identificar las prácticas de autocuidado que llevan a cabo y así, promover en las personas mediante un proceso educativo de reflexión y acción, un 'regreso' a estas prácticas para que, transformen las que implican algún riesgo para la salud y refuercen aquellas protectoras que ya han sido asumidas (acciones reforzadoras) Incrementar la capacidad que tienen los colectivos para promocionar su salud, a través del empoderamiento, para influir sobre los determinantes de la salud.¹⁵

Trascender, como profesional de la salud, de la persona formada para un trabajo de experto, mediante acciones instrumentales y normativas, al ser social en estrecha interacción con un ambiente en permanente cambio. Trabajar en equipo interdisciplinario en permanente intercambio de conocimientos científico técnico, humanístico, de experiencias y vivencias; puesto que en la promoción de la salud, se necesita el 'profesionalismo' de muchos y no el profesional de la promoción. ¹⁵

Es necesario ejercer el rol de profesional de la salud, como una persona productiva y eficiente, con responsabilidad social, comprometida con su

entorno, respetuosa de la singularidad y la tolerancia, con necesidad de crecer a través de la búsqueda, la independencia, el encuentro, y la apertura a la expresión libre del otro.¹⁵

CAMBIOS PRODUCIDOS POR EL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento condiciona una serie de modificaciones en el organismo que suponen un sustrato abonado para la aparición de caídas, cuando se suman otros factores. Entre las modificaciones por el paso del tiempo, tienen especial relevancia aquellas que afectan a los mecanismos de control del equilibrio en estática y marcha y a la capacidad de respuesta rápida ante el desequilibrio

- ✓ Cambios en la marcha, los cuales conducen a los mayores a arrastrar los pies cuando caminan, y a no levantar lo bastante los pies del piso; entonces, las posibilidades de tropezar son mayores.
- ✓ Disminución de la propiocepción, contribuye a una alteración del equilibrio, sobre todo durante los cambios de posición y al caminar por superficies irregulares.
- ✓ Cambios en el control postural: la estabilidad y el equilibrio se ven afectados por reflejos lentos, cambios sensoriales, menor fuerza muscular y menor coordinación y alteraciones articulares.
- ✓ Deterioro mental.
- ✓ Disminución de la agudeza visual y menor velocidad de adaptación visual a los cambios claridad-oscuridad y visión periférica.
- ✓ Disminución de la agudeza auditiva.
- ✓ Vivir solo aumenta el riesgo de caídas.¹⁶

Ante estos cambios es recomendable que el adulto mayor realice las siguientes medidas de autocuidado:

- ✓ Evitar el cambio repentino de la oscuridad a la iluminación intensa.
- ✓ No introducir a los ojos objetos, ni medicinas que no hayan sido prescritas por el médico.
- ✓ Usar anteojos en sus actividades diarias, según prescripción¹⁶
- ✓ Acudir anualmente a una revisión con el oftalmólogo. No introducir objetos extraños en los oídos.
- ✓ Evitar la exposición a los ruidos.
- ✓ Acudir al control anualmente con el especialista.
- ✓ Participar en un programa de ejercicios para reforzar y mantener la fuerza, flexión, resistencia, agilidad, tiempo de respuesta, equilibrio y la confianza. Con esto se mantiene la postura, movilidad de las articulaciones y reflejos posturales, estimulación cardiorrespiratoria y mejora del estado de alerta. Las actividades físicas que más se recomiendan a las personas adultas mayores son: caminar (mejora el equilibrio y la marcha), correr, trotar, andar en bicicleta en lugares seguros, o bicicleta fija; ejercicios aeróbicos de bajo impacto: cualquier tipo de baile, gimnasia, Yoga, Taichí, cachi bol, entre otros. ¹⁶

- ✓ Hacer un calentamiento previo a la actividad física.

Hacer actividad física frecuentemente, de ser posible diario, o mínimo 4 días a la semana, con una duración de 20 a 30 minutos. Enfermedades crónicas: Son ininidad los procesos patológicos que, incidiendo sobre organismos envejecidos, pueden contribuir a causar caídas. Se considera que el 25% de las caídas tienen relación con ciertas enfermedades especialmente del SNC, corazón y sistema endocrino. Entre estas tenemos: Enfermedades neurológicas: como la epilepsia y enfermedades cerebrovasculares que afectan el estado de conciencia y la

enfermedad de Parkinson, cerebrovascular, neuropatía, demencias, etc. Que afectan el equilibrio y la marcha.

Enfermedades Reumatológicas: como la artrosis y la artritis reumatoide producen trastorno de la marcha, inestabilidad articular, dolor y rigidez.

Enfermedades cardiovasculares: las arritmias, síncope, vértigo, la insuficiencia cardiaca congestiva y la hipertensión ortostática pueden producir caídas por la pérdida de conciencia y debilidad. La hipotensión ortostática y la postprandial lo sufren entre el 10% al 20% de las personas mayores.¹⁶

Enfermedades de los sentidos: los trastornos de la audición, y sobre todo, de la vista especialmente, los problemas de refracción, catarata, degeneración macular y glaucoma, predisponen a menudo a las caídas.

Problemas de los pies: uñas largas, callosidades, juanetes, deformaciones articulares que producen dolor, deformación y alteración de la marcha.

Otras enfermedades como diabetes mal controlada, desequilibrio hidroelectrolítico y hemorragia digestiva predisponen a las caídas; además, el alcoholismo, el cual produce inestabilidad, y la urgencia que causa apuro para ir al baño.¹⁶

Para controlar o prevenir estas enfermedades, el adulto mayor debería tener una alimentación adecuada con un complemento nutricional de calcio (leche, queso, clara de huevo, yogurt, vitamina D, etc.); relacionado con la calcificación de los huesos. Los baños de sol también estimulan la producción de vitamina D, la cual a su vez estimula la absorción intestinal de calcio y su movilización a nivel óseo. Medicamentos: Se considera que las personas mayores son susceptibles a los efectos secundarios de los medicamentos y a la interacción entre estos que pueden condicionar las caídas.¹⁶

El consumo de fármacos suele ser muy frecuente en esta población, aproximadamente el 80% de los adultos mayores recibe algún fármaco y el 60% recibe dos o más fármacos. Existe además la tendencia a la automedicación y al incumplimiento terapéutico. Los fármacos pueden provocar caídas por alteración de la conciencia (somnolencia, confusión), del equilibrio y de la atención, así como, por rigidez muscular o hipotensión postural. Entre los medicamentos que a menudo se asocian como causantes de caídas se encuentran los antihipertensivos, sedantes en general, los diuréticos y los antidiabéticos.¹⁶

Dos grandes grupos farmacológicos (psicofármacos y antihipertensivos) intervienen en la etiología de muchas caídas. Sus mecanismos de acción son múltiples: depleción de volumen, alteraciones electrolíticas, deterioro del estado de alerta, hipotensión postural y ortostática, disfunción vestibular, etc. Otro grupo de fármacos son los antihistamínicos cuyo efecto adverso más común es la sedación; este efecto secundario se utiliza en muchos preparados contra el insomnio. Otros efectos no deseables incluyen: mareo, ruidos en el oído (tinnitus), visión borrosa, euforia, descoordinación, ansiedad, insomnio, temblores, náuseas y vómitos, estreñimiento, diarrea, sequedad de boca y tos seca.¹⁶

Más infrecuentes son los siguientes efectos secundarios: retención urinaria, palpitaciones, hipotensión, dolor de cabeza, alucinaciones y psicosis. Existe una relación directa entre el número de medicamentos que recibe un paciente y el riesgo aumentado de presentar una caída, considerándose la polifarmacia (ingesta de 4 o más fármacos) un factor de riesgo claramente relacionada con caídas.¹⁶

Entre los cuidados que debe tener el adulto mayor respecto a la medicación tenemos:

- Conocer la acción y los efectos adversos de diversos medicamentos potencialmente causantes de hipotensión y por ende predisponentes para las caídas, como los antihipertensivos, diuréticos, antidepresivos, etc. Será necesario limitar su uso en lo posible y comentarlo con el médico.
- No tomar medicamentos que no le ha recetado el médico, es decir no auto medicarse, y en caso de consumir otras sustancias informar al médico (hierbas, vitaminas).
- Etiquetar los medicamentos con letra grande y fácil de reconocer. Escribir en la caja dosis indicada y horario.¹⁶
- Revisar periódicamente la fecha de caducidad de los medicamentos.
- No cambiar la dosis indicada para un medicamento.
- No ingerir todo los medicamentos indicados en un mismo horario.

Factores Extrínsecos: Hacen referencia a la actividad que desarrollaba el adulto mayor en el momento de la caída, y el entorno en el que se desarrollaba la misma. Constituyen la primera causa de caídas en los adultos mayores. Se considera la ocurrencia en el domicilio y/o el exterior.¹⁶

- ✓ En el domicilio: A menudo los hogares de las personas mayores están llenos de riesgos en casa como:
 - ✓ Mala iluminación de los ambientes: pobre o excesiva.
 - ✓ Escaleras inseguras, sin pasamanos, mal iluminadas y gradas muy altas.
 - ✓ Alfombras sueltas y arrugadas.

- ✓ Mobiliario en mal estado y excesivo.
- ✓ Cambios en la distribución de los muebles.
- ✓ Taza de baño muy baja, o sin barras de apoyo.
- ✓ Pisos y tinas de baño resbaloso, con mucha cera o mojado. Pisos desnivelados. Mesa y camas bajas.
- ✓ Cables, cordones, juguetes tirados en el piso.

- ✓ En este sentido, el adulto mayor deberá considerar

- ✓ El uso y colocación de barandas y manijas en pasadizos, escaleras, tinas de baño, inodoro y el baño en general.
- ✓ No levantar cosas pesadas.

- ✓ No deambular por el domicilio cuando el suelo esté mojado.

- ✓ Plantear el uso bastón o un andador en caso de presentar problemas de equilibrio.
- ✓ Mantener una buena iluminación en las estancias del domicilio para evitar tropiezos en la oscuridad. Aumentar la iluminación en áreas de riesgos, como escaleras, baños, dormitorios.
- ✓ Mantener los lugares de paso libres de obstáculos como muebles y mesitas, cordones de luz o de teléfono. Las extensiones eléctricas y de teléfono deben estar recogidas para evitar tropezones.¹⁶

Tener en el piso del baño una alfombra o petate bien fijado en sus orillas y acondicionar la tina o regadera con tapetes de hule con ventosas antiderrapantes. Puede ser útil colocar una silla o un banco para bañarse sentado y evitar resbalones.

Evitar subir a bancos o sillas para alcanzar cosas que están en lugares altos, al inclinar la cabeza hacia atrás puede provocar un

Desequilibrio postural, pudiendo causar también vértigo o mareo debido a reducción del flujo sanguíneo cerebral. Mejor guarde las cosas en lugares más accesibles.

- ✓ Tener cuidado con los movimientos rápidos de los niños pequeños y las mascotas, porque lo pueden empujar.
- ✓ Evitar suelos muy lustrosos, irregulares o mojados.¹⁶

- ✓ Emplear superficies antideslizantes en el suelo, retirar los niveles altos, mantener las alfombras bien sujetas, evitar las alfombrillas sueltas que se deslicen, usar sillas con apoyabrazos.
- ✓ Al transcurrir a la Vía Pública: el adulto mayor puede enfrentarse a los siguientes riesgos ambientales:
 - ✓ Aceras en mal estado.

 - ✓ Tráfico excesivo, mala señalización y falta de adaptación de los medios de transportes y de acceso a edificios para las personas discapacitadas.
 - ✓ El primer escalón de los transportes públicos es muy alto (más 50 cm del suelo).¹⁶

AUXILIARES DE LA MARCHA Y HERRAMIENTAS DE LA INDEPENDENCIA

En una persona que ha sufrido de caída, en ocasiones se hace necesario el uso de lo que se conoce como “herramientas de independencia”, “auxiliares de la marcha” o también llamadas “ayudas técnicas”, que servirán como un complemento en la rehabilitación del paciente y evitar, en consecuencia, futuros eventos. Haremos notar que su prescripción debe ser basada en las características tanto médicas, como socioeconómicas y psicológicas de los pacientes que se requieren. El bastón, andadera, silla de ruedas y modificaciones segura de los

entornos, constituyen algunas de las herramientas de que podemos echar mano con esta finalidad.¹⁶

Bastones

Sigue siendo uno de los auxiliares de la marcha que continua utilizándose con buenos resultados desde los inicios de la medicina. Sus usos son múltiples e incluyen desde la prevención de las caídas, disminución del desgaste y dolor de las articulaciones que soportan peso, hasta coadyuvar en el tratamiento del síndrome “psicocaidas”.

El bastón, solo situaciones muy concretas debe ser liviano y a la vez brindar un adecuado apoyo a la persona adulta mayor, para hacer su paso seguro y ligero con el menor consumo de energía posible.

De entre los bastones, podemos comentar, que de acuerdo a la indicación existen uno, dos o tres puntos de apoyo por lo que se pueden denominar: mono pódales, bipolares o tripolares respectivamente. Para su uso se requiere de un grado adecuado de fuerza tanto en la mano que lo maneja como en el codo y hombro homolaterales.¹⁶

Andadores

Son utilizados en pacientes con trastornos de balance, cuya alteración afecta a ambos miembros pélvicos y por ello, el soporte brindado por un bastón es insuficiente. Además de ser un auxiliar para la prevención en sujetos de riesgo y parte del tratamiento integral de aquellas personas que sufren síndrome de caídas, tiene otros beneficios adicionales como la disminución del dolor en las articulaciones que soportan peso y permitir a su usuario seguridad en la marcha.¹⁶

La andadera más comúnmente utilizada es aquella con dos ruedas y dos puntos de apoyo, ocasionalmente este tipo de implementos cuentan con

una canastilla en la parte anterior para que el adulto mayor pueda trasladar objetos pequeños, además de tener frenos manuales si es que se requiere detenerse para mantener la estabilidad, por otro lado, la andadera, de cuatro puntos de apoyo, no obstante ofrece una mayor seguridad en la marcha requiere también mayor fuerza en los brazos para poder utilizarla con seguridad, sin embargo aumenta el consumo de energía por el usuario, situación que se debe tomar en cuenta sobre todo en pacientes con sarcopenia, alteraciones musculares o cardiopatías isquémica.¹⁶

Silla de ruedas Las sillas de ruedas, no han perdido vigencia como auxiliares de la movilidad y por supuesto, independientemente de que como todo implemento auxiliar de la movilidad tiene sus indicaciones, complicaciones durante su uso y contraindicaciones, lejos de caer en el desuso se ha ido modificando tanto su estructura como materiales y accesorios. No obstante que son implementos cuyo uso preferentemente se destina a pacientes de resguardo, no es raro ver que hay personas adultas mayores que se adaptan mejor a estos que a una prótesis.¹⁶

Tipo de calzado

El uso de zapatos adecuados, es recomendable para la prevención de caídas, los cuales deben de ser comparados con un guante, y que prácticamente no cuenten con costuras internas para evitar cualquier tipo de lesión. Deben contar con plantillas especiales que ayuden a distribuir el peso del cuerpo durante la pisada y ser lo bastante anchos para evitar la presión excesiva cuando los pies se edemeticen, es importante además proveer un buen apoyo y amortiguación al talón por lo que debe tener, por lo menos, 13 milímetros de material elásticos a los lados del talón y ser firmes, se recomienda además que las suelas sean lisas u onduladas.¹⁶

DOROTHEA E. OREM

Orem nació en Baltimore, y se educó con las Hijas de la Caridad de S. Vicente de Paúl. Se graduó en 1930. Dentro de su trayectoria como teórica no influyó ninguna enfermera más que otra, sino que fue el conjunto de todas con las que había tenido contacto, y la experiencia de las mismas lo que le sirvió de fuente teórica. Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí:

1. **Teoría del Autocuidado:** En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".¹⁸

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

- ✓ - Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- ✓ - Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del

proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.¹⁸

- ✓ - Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

2. **Teoría del déficit de autocuidado:** En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

3. **Teoría de los sistemas de enfermería:** En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- ✓ - Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera sule al individuo.
- ✓ - Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados.
- ✓ - Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

Orem define el objetivo de la enfermería como: " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.¹⁸

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.¹⁸

Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.¹⁸

La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede auto cuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

- 1.- Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.
- 2.- Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
- 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, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.
- 5.- Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar...¹⁸

II.c. HIPÓTESIS

II.c.1. HIPOTESIS GLOBAL

El Autocuidado del Adulto Mayor en Prevención de Caídas Centro de Atención Primaria III Distrito del Agustino Noviembre 2017 es Inadecuado

II.c.2. HIPÓTESIS DERIVADAS

El Autocuidado de Adulto Mayor en Prevención de Caídas en el Centro de Atención Primaria III Distrito del Agustino Noviembre 2017 es inadecuado según:

Factores Intrínsecos

Factores Extrínsecos

II.d. VARIABLES

Autocuidado en prevención de caídas

II.e. DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS

AUTOCUIDADO EN PREVENCIÓN DE CAÍDAS

Es el Conjunto de Actividades que debe Realizar el Adulto Mayor que asiste en el Centro de Atención Primaria III El Agustino con el fin de evitar las caídas, considerando los Factores Intrínsecos y Extrínsecos.

ADULTO MAYOR

Toda persona Adulta Mayor de 60 años que asista al Centro de Atención Primaria III El Agustino

CAPÍTULO III: METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

III.a. TIPO DE ESTUDIO

El Presente estudio de Investigación es de enfoque Cuantitativo, ya que se realizará la recolección de Información numéricamente, así como el Análisis de la información mediante procesos estadísticos. Es de tipo descriptivo, ya que la finalidad es describir la variable de estudio tal como se presenta en la realidad, además es de corte transversal porque el estudio se investigó en una circunstancia temporal determinada.

III.b. ÁREA DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación se realizó en el Centro de Atención Primaria III, está ubicada en la Av. Riva Agüero Cdra. 17 en el Distrito de El Agustino, Lugar de Referencia (Altura Colegio José Carlos Mariátegui). Su infraestructura es de material noble cuentan con Consultorios Externos de Diferentes Servicios de Especialidades como Medicina General, Medicina Interna, Fisioterapia, Psicología, Nutrición, Ginecología, Obstetricia, Odontología, Pediatría, crecimiento y desarrollo como también Laboratorio, Ecografía y Rayos X. La investigación se efectuará a los Adultos Mayores de ambos sexos y Servicio de Gerontología.

III.c. POBLACION Y MUESTRA

La población estuvo conformada por Adultos Mayores asistentes al Centro de Atención Primaria III Distrito de el Agustino. La Muestra fue no probabilística por conveniencia y estuvo constituida por 50 Adultos Mayores a los cuales se les aplico el Cuestionario.

CRITERIO DE INCLUSIÓN PARA LOS ADULTOS MAYORES

- ✓ Adultos Mayores que acepten participar voluntariamente
- ✓ Adultos mayores que acuden con continuidad al centro de Atención Primaria III
- ✓ Adultos Mayores que acudan al Centro de Atención Primaria III sin Distinción de Genero

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN PARA LOS ADULTOS MAYORES

- ✓ Adultos Mayores que no acepten participar voluntariamente
- ✓ Adultos Mayores que no acudan al Centro de Atención Primaria III
- ✓ Adultos mayores con alguna alteración mental
- ✓ Adultos mayores con alteraciones de la marcha

III.d TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En la Presente Investigación se utilizó una Encuesta para conocer como es el Autocuidado en el Adulto Mayor en Prevención de Caídas con un Cuestionario dirigido a los Adultos Mayores que asisten al centro de Atención Primaria III Distrito de el Agustino creado por el investigador. El instrumento consta de dos partes: presentación, instrucciones, datos generales de la unidad de análisis, datos específicos sobre la variable en estudio (preguntas); ello estarán separadas por 2 dimensiones donde se contara con un periodo de 15 a 20 minutos para aplicar el instrumento. Dicho instrumento paso por dos momentos para su aceptación, validez y confiabilidad, la primera se realizó a través del juicio de expertos

conformado por 06 especialistas en el área, siendo sus respuestas tabuladas y evaluadas mediante la prueba binomial obteniéndose un $P < 0.05$. Lo cual indica que si es válido. Y la segunda se realizó una prueba piloto con 20 encuestados para demostrar la confiabilidad del instrumento dirigido a los Adultos Mayores sobre Autocuidado del Adulto Mayor en la prevención de caídas, usando la prueba de alfa de Crombach.

III.e DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se presenta un oficio ante el Director del Centro de Atención Primaria III, el Dr. Vicente Vivar Morales, adjuntando el Resumen del proyecto. La interacción con los Adultos Mayores se realizó de la siguiente manera: Se saluda cordialmente, se muestra los instrumentos explicándoles. Los objetivos de estudio y el llenado de los instrumentos; el tiempo en que se realizó el llenado fue aproximadamente 15 minutos, se comunicó que las respuestas son anónimas, se orientó cada vez que los Adultos Mayores no comprendían alguna pregunta, al término se le agradeció por su participación. En esta investigación se tuvieron en cuenta las consideraciones como son la participación libre y voluntario de los Adultos Mayores, todo ello con la confiabilidad y total discreción lo cual hace prevalecer los valores y principios bioéticos de los participantes del estudio.

III.f PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DATOS

Obtenida la información de las encuestas se codificó las respuestas para ser vertidos en el programa Microsoft Office - Excel 2010 y su posterior presentación en cuadros o gráficos teniendo en cuenta la estadística final. Concluido el procesamiento se realizó el análisis del resultado teniendo en cuenta los objetivos, las hipótesis y marco teórico; los cuales permitirán lugar a un análisis exhaustivo

CAPITULO IV: ANALISIS DE LOS RESULTADOS

TABLA 1

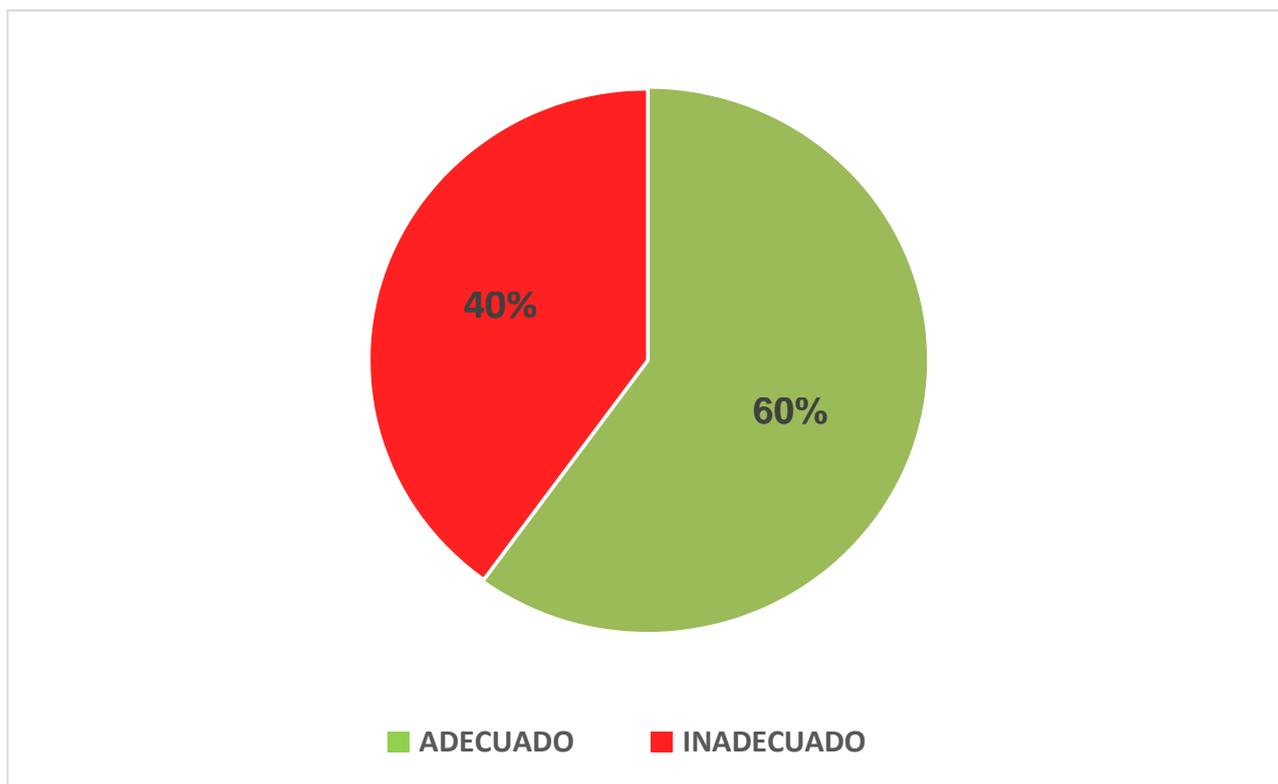
**DATOS GENERALES DE LOS ADULTOS MAYORES DEL
CENTRO DE ATENCION PRIMARIA III DISTRITO DEL
AGUSTINO NOVIEMBRE 2017**

DATOS GENERALES	OPCIONES	N°50	%
SEXO	Femenino	28	56 %
	Masculino	22	44 %
EDAD	60 – 69 Años	16	32 %
	70 – 74 Años	24	48 %
	75 – 80 a mas	10	20 %
ACTUALMENTE USTED VIVE	Solo	5	10 %
	Conyugue	12	24 %
	Familiares	78	56 %
	Otros	5	10 %

El 56% (28) de la Población encuestada son del Sexo femenino, el 48% (24) tiene entre 70 – 74 años, el 50% (25) tienen 4 a más hijos, el 56%(78) actualmente viven con sus familiares.

GRÁFICO 1

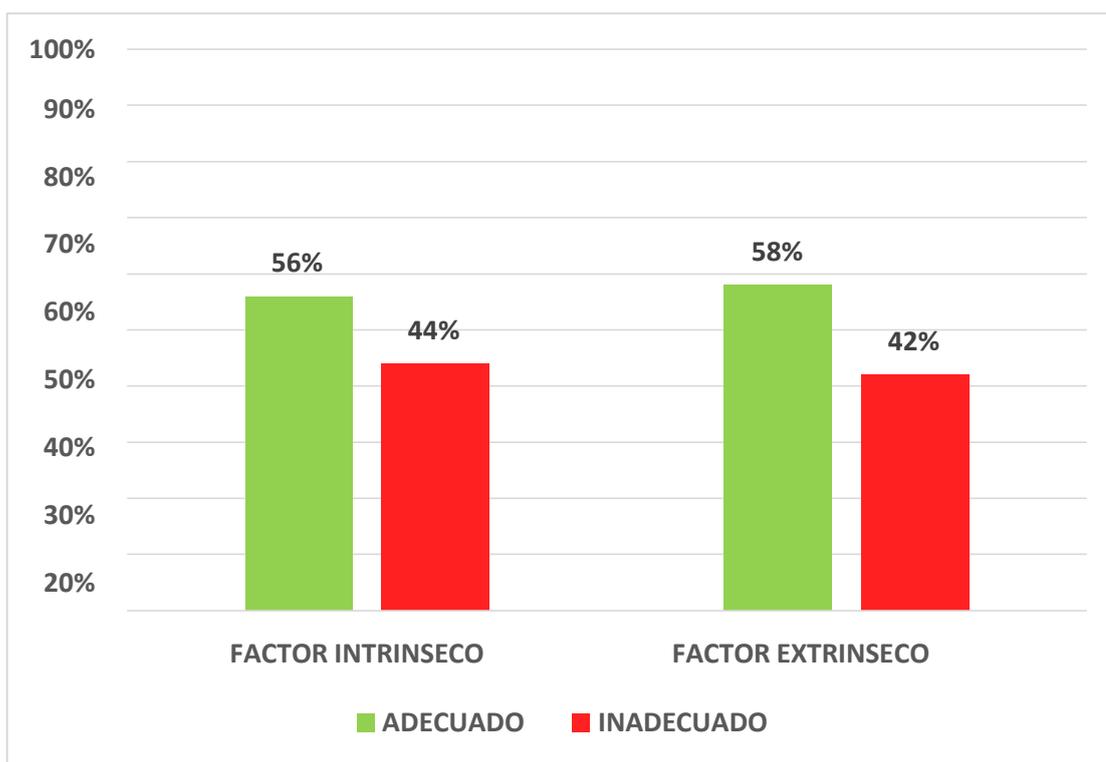
AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR EN PREVENCIÓN DE CAIDAS EN EL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA III DISTRITO DEL AGUSTINO NOVIEMBRE 2017



El 60% (30) en el Autocuidado en el Adulto Mayor es Adecuado y el 40% (20) es Inadecuado.

GRÁFICO 2

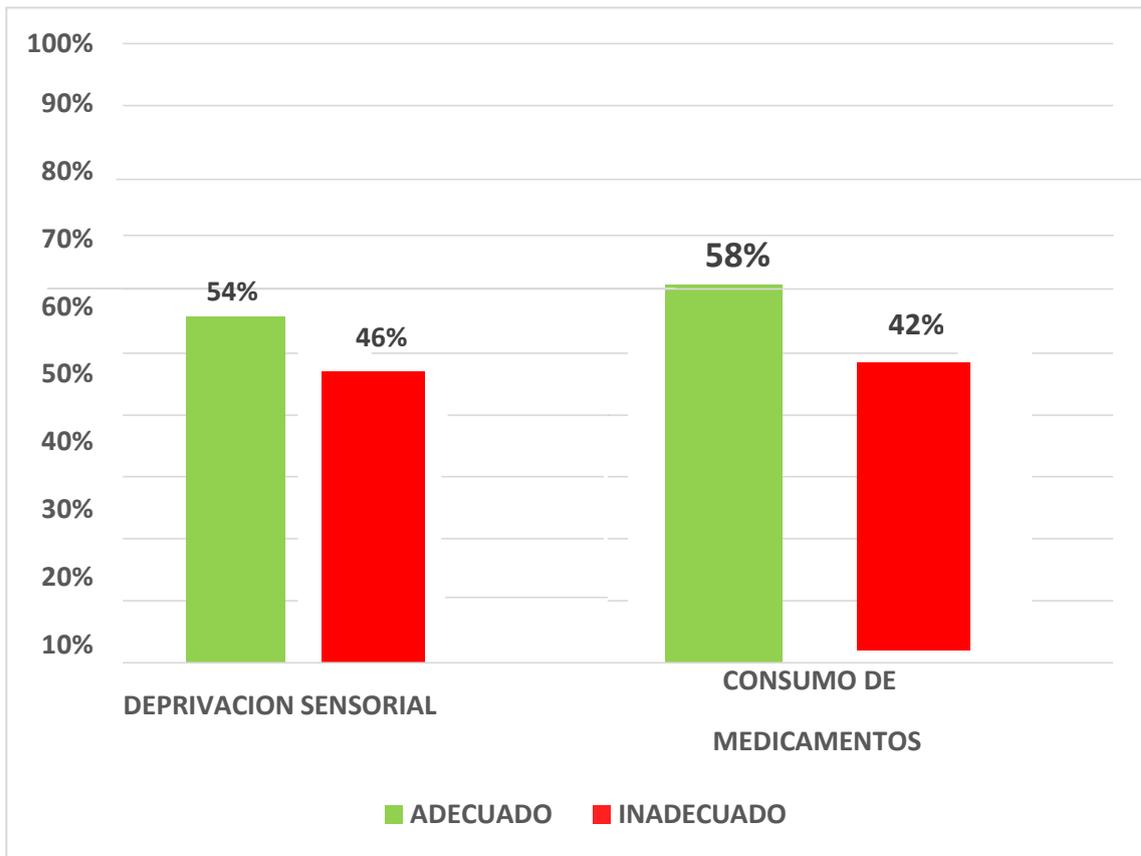
AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR EN PREVENCIÓN DE CAIDAS SEGÚN DIMENSIONES EN EL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA III DISTRITO DEL AGUSTINO NOVIEMBRE 2017



Según la Dimensión Factor Intrínseco el 56% (28), y la Dimensiones de Factores Extrínsecos el 58% (29) Muestran ser Adecuado

GRÁFICO 3

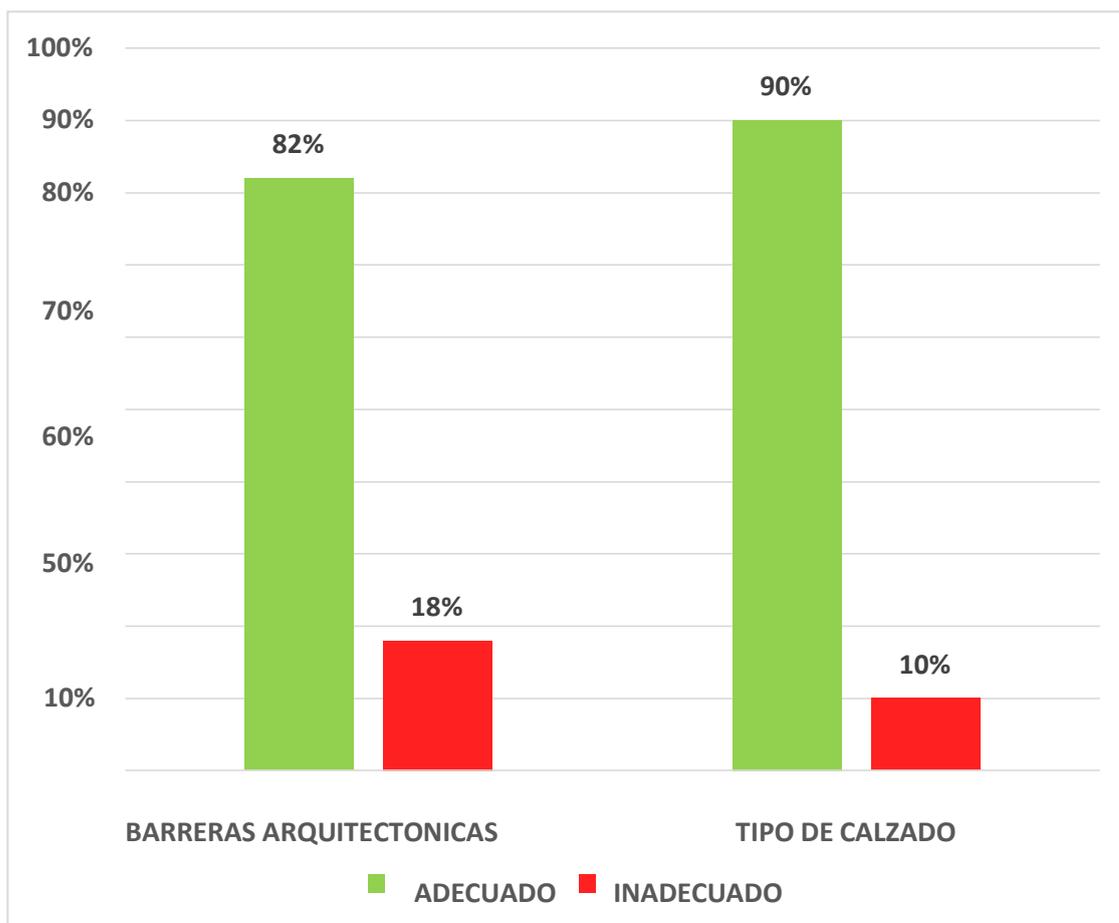
AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR EN PREVENCIÓN DE CAÍDAS FACTORES INTRÍNSECOS SEGÚN INDICADORES EN EL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA III DISTRITO DEL AGUSTINO NOVIEMBRE 2017



Según la Dimensión Factor Intrínseco el Indicador de Derivación Sensorial 54% (27), en el Indicador Consumo de Medicamento 58 % (29) demostraron ser adecuado.

GRÁFICO 4

AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR EN PREVENCIÓN DE CAIDAS FACTORES EXTRINSECOS SEGÚN INDICADORES EN EL CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA III DISTRITO AGUSTINO NOVIEMBRE 2017



Según la Dimensión Factor Extrínseca el Indicador de Barreras Arquitectónicas el 82% (41) es Adecuado, en el Segundo Indicador Tipo de Calzado el 90% (9) es Adecuada.

IV.a. DISCUSIÓN

Durante el Proceso de Envejecimiento se van Deteriorando los Diferentes Órganos de los Sentidos como la visión, la audición, la sensibilidad, puede haber Deterioro de las Funciones Mentales, deterioro en la realización de las actividades cotidianas, presencia de enfermedades crónicas cardiovasculares, debilidad lo que afecta el equilibrio del cuerpo creando las condiciones de inestabilidad y caídas en el adulto mayor en su hogar y en su entorno social.

En el presente trabajo el 64% de la población encuestada son del sexo Masculino, el 48% tiene entre 70 – 74 años, el 56% viven con sus familiares. Como resultado de los grandes cambios demográficos experimentados en las últimas décadas en el país, la estructura por edad y sexo de la población está experimentando cambios significativos, en este proceso de envejecimiento de la población peruana, aumenta la proporción de la población adulta mayor de 5,7% en el año 1950 a 10,1% en el año 2017.

Al segundo trimestre del año 2017, el 41,8% de los hogares del país tenía entre sus miembros al menos una persona de 60 y más años de edad. En Lima Metropolitana se observa la mayor proporción de hogares con algún miembro adulto/a mayor, con el 45,5%. Del total de hogares jefatura dos por adultos/as mayores, el 48,0% son hogares de tipo nuclear, es decir, están constituidos por una pareja y sus hijas e hijos o sin estas/os. El 24,5% de hogares son extendidos, es decir, al hogar nuclear se suman otros parientes. El 21,7% de hogares de los adultos/as mayores son unipersonales (compuestos sólo por el/la adulto/a mayor. Asimismo estos resultados coinciden con los hallazgos encontrados Alba R, Fred G; Abrila M; donde los resultados fueron que el 48% son de sexo Masculino, y el 56% del total de edades entre los 65-73 años.

Respecto al grafico el Grafico 1 titulado Autocuidado en el Adulto Mayor en Prevención de Caídas en el Centro de Atención Primaria III en el Distrito del Agustino se observa que el 60% tiene un autocuidado adecuado y el 40% tiene un autocuidado inadecuado. Esto se asemeja con lo encontrado por Alvear I, Ruth M. en su estudio PERCEPCIÓN DE LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE PROMOCIÓN ACTIVA DEL IESS-CUENCA-Ecuador, quien encontró que de 120 pacientes el 80 % de los adultos mayores tienen la capacidad de autocuidado; Se entiende que el autocuidado es el conjunto de acciones que realiza la persona con el objetivo de mantener su salud, por ello si los adultos mayores del CAP III el agustino, realizan las prácticas de autocuidado es posible que disminuyan los riesgos de caídas y sus respectivas complicaciones, favoreciendo así una mejor calidad de vida y un incremento de la esperanza de la misma.

Respecto al grafico 2 sobre el autocuidado del adulto mayor en la prevención de caídas según dimensiones encontramos que el 56 % tiene un autocuidado adecuado en lo que respecta al factor intrínseco y un 58% en lo que respecta al factor extrínseco estos resultados se asemejan con lo encontrado por Torres J. quien en su estudio NIVEL DE AUTOCUIDADO EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS QUE TIENE EL ADULTO MAYOR QUE ACUDE AL CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR DE BARRANCO, ENERO A MARZO 2015 quien encontró que el nivel de autocuidado relacionado a los factores intrínsecos fue predominantemente medio con 54.3% estos resultados nos están indicando que el adulto mayor practica actividades con la finalidad de conservar su bienestar, y es la familia la red de apoyo con quien cuenta el adulto mayor para aceptar y manejar los cambios propios del envejecimiento, que vienen a ser los factores intrínsecos y en

relación a los extrínsecos o también llamados ambientales sabemos que de igual forma lo practican como es el uso de bastones y de zapatos adecuados

En relación al Grafico 3 el autocuidado del adulto mayor en prevención de caídas en los factores intrínsecos según indicadores obtuvimos que el 54% tiene un autocuidado adecuado en la prevención de caídas en lo que se consideró la deprivación sensorial, estos resultados difieren de lo encontrado por Huallanca K, Fernández I en su trabajo FACTORES INTRÍNSECOS Y EXTRÍNSECOS QUE DETERMINAN LAS CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR. Quien concluyo que los factores de riesgo intrínsecos que se asocian a caídas corresponden a un 90%, Los adultos mayores del CAP III El Agustino, han sabido manejar de forma adecuada la disminución de la agudeza visual, los cambios de la luz así como también la disminución de la agudeza auditiva, el cambio en la estabilidad y el equilibrio por la disminución de los reflejos probablemente porque la mayoría viven con la familia y son estos el soporte que han necesitado para evitar las caídas; el 58% tienen un autocuidado adecuado en la dimensión intrínseca en relación al consumo de medicamentos, un tratamiento farmacológico que se consume según las indicaciones terapéuticas pueden generar un efecto positivo en el paciente, el consumo de fármacos suele ser muy frecuente en esta población, si estos no se consumen de forma responsable y se practica la automedicación entonces se pueden producir efectos secundarios no deseados y por ende se incrementa el riesgo de caídas por alteración de la conciencia, el equilibrio y la atención este resultado es similar al del Torres J. quien en su estudio NIVEL DE AUTOCUIDADO EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS QUE TIENE EL ADULTO MAYOR QUE ACUDE AL CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR DE BARRANCO, ENERO A MARZO 2015 quien

encontró que el 64.3% toma medicamentos que el médico le indica.

El Grafico 4 titulado Autocuidado en el Adulto Mayor en Prevención de Caídas, Dimensión Factores Extrínsecos según indicadores encontramos que el 82% tienen un autocuidado adecuado en lo que respecta a las barreras arquitectónicas, entendiéndose que estas son el manejo adecuado de la iluminación, uso de pasamanos o barandas, evitar el uso de alfombras, entre otros; estos resultados diferencian con los de Pérez A; Domínguez G; González E. En su estudio PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO EXTRÍNSECOS PARA CAÍDAS EN LA RESIDENCIA DEL ANCIANO “CASA DEL ÁRBOL” (RACA) DEL SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIAR DE TABASCO, EN EL AÑO 2014. quienes identificaron 144 factores de riesgo extrínsecos; respecto a tipo de calzado el 90% tiene un autocuidado adecuado. Estos factores pueden encontrarse ya sea en el hogar o el ambiente comunitario de la persona Adulta Mayor Las caídas son los accidentes más comunes que les suceden a las personas Adultas Mayores dentro de sus casas, porque es donde pasan la mayor parte del tiempo y porque transitan con un exceso de confianza, por encontrarse en su entorno conocido. Por otro lado, el ambiente comunitario es decir calles, avenidas, veredas, parques, mercados, como factor extrínseco implica características como superficies irregulares, mojadas, resbalosas y luces que pueden ser deslumbrantes, calles congestionadas, libertad de animales abandonados, tránsito saturado, semaforización inadecuada y poco respetada; parecen auténticas trampas para favorecer caídas.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

V.a. CONCLUSIONES

- El autocuidado del Adulto Mayor en prevención de caídas centro de atención primaria III es adecuado por lo tanto se rechaza la hipótesis planteada.
- El autocuidado del Adulto Mayor en prevención de caídas centro de atención primaria III según factores intrínsecos es adecuado por lo tanto se rechaza la hipótesis planteada.
- El autocuidado del Adulto Mayor en prevención de caídas centro de atención primaria III según factores extrínsecos es adecuado por lo tanto se rechaza la hipótesis planteada.

V.b. RECOMENDACIONES

- Se recomienda al personal de enfermería del Centro de Atención Primaria III continuar con la educación, información y orientación al adulto mayor acerca del envejecimiento, pérdida gradual de la funcionalidad y los cuidados de las enfermedades más incidentes como también programas de ejercicios destinados a mejorar la fuerza muscular y el equilibrio.
- Coordinar con el personal del Centro de Atención Primaria III y así Realizar estrategias destinadas a reducir la incidencia de caídas en los adultos mayores en la comunidad y evitar sus consecuencias.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Comisión Económica para América Latina .Adultos mayores en américa latina y el caribe, Celade, chile; Boletín informativo. [Fecha de consulta 14 de octubre 2017]. Disponible en: https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/3/9353/boletin_envejecimiento.PDF
2. Organización Mundial de la Salud. Caídas Datos y cifras. Ginebra: Serié de informes técnicos de la OMS; 2014 [Fecha de consulta 14 de octubre 2017]. Disponible en: <http://www.Who.int/mediacentre/factsheets/fs344/s/>.
3. Cruz E, González M, López M, Godoy I, Pérez M. Caídas: revisión de nuevos conceptos. Revista Hospital Universitaria Pedro Ernesto: 2014; 13(2): 8695 [Fecha de consulta 14 de octubre 2017]. Disponible en: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=476
4. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud .Resumen de evidencias y recomendaciones: Prevención de caídas en el adulto mayor en el primer nivel de atención. México: 2012 [Fecha de consulta 14 de octubre 2017]. Disponible en : http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/134_ISSSTE_08_caidas_adultomayor/EyR_ISSSTE_134_08.pdf
5. Cuba, M. Prevención de caídas en el Adulto Mayor. Rampa: 2010; 1 (1): 33-37, [Fecha de consulta 14 de octubre 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/363/36346797017.pdf>
6. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2009 – 2011. Perú: MIMDES: Pp

- .2. (26). [fecha de acceso 10 de octubre del 2017] ; Disponible en:<http://www.cuidadoresdeancianos.com/cda/valoraciones.htm>
7. Machado L, Bazán A, Izaguirre M. Principales factores de riesgo asociados a las caídas en ancianos del área de salud Guanabo. Medisan: 2014 informativo [Fecha de consulta 14 de octubre 2017]; 18(2):158164. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930192014000200003&lng=es.
8. Pérez A, Domínguez G, González E. Factores de riesgo extrínsecos para caídas en la residencia del anciano “casa del árbol” (raca) del sistema estatal para el desarrollo integral de la familiar de tabasco 2014. Feb informativo: 2014; [Fecha de consulta 14 de octubre 2017]. 18(2):158164.Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=505207>
9. Alvear I, Ruth M. Percepción de la capacidad de autocuidado del Adulto Mayor del Centro de Promoción activa del iess-cuenca 2014. Feb informativo: 2014; [Fecha de consulta 14 de octubre 2017]; 16(2): 158-164. Disponible en:<http://dspace.Uce nca.edu.ec/handle/123456789/21683>
10. Fernández S, Huallanca D. Factores Intrínsecos y Extrínsecos que determinan las caídas en el Adulto Mayor. Informativo: 2017; [Fecha de consulta 14 de octubre 2017].Disponible en:<http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/441>
11. Torres J. Autocuidado en la prevención de caídas que tiene el adulto mayor que asiste al Centro Integral del Adulto Mayor de Barranco. Periodo enero a marzo 2015. Informativo: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud: 2015; [Fecha de

consulta14 de octubre2017] .Disponible en:<http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/1591>

12. Correa O, El autocuidado una habilidad para vivir. Informativo: 2016; [Fecha de consulta 14 de octubre 2017].Disponible en: <http://www.alcoholinformate.com.mx/AUTICUIDADO.pdf>
13. Pontificia Universidad Católica. Autocuidado de la salud. Cartilla Informativa: Chile.2016; No 217.434 [Fecha de consulta 16 de octubre 2017].Disponible en: http://adultomayor.uc.cl/docs/autocuidado_salud.pdf
14. Unidad 2. El proceso de envejecimiento y los cambios biológicos, psicológicos y sociales. 7689_ROT_M4_02.indd [Fecha de consulta 17 de octubre 2017].Disponible en: <http://assets.Mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448176898.pdf>
15. Cruz E, González M, López M, Godoy D, Pérez M. Caídas: revisión de nuevos conceptos. Revista Hospital Universitario Pedro Ernesto: 2014; 13(2):86-95 [Fecha de consulta 17 de octubre 2017]. Disponible en: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=476
16. Mayores de hoy. El adulto mayor en el Mundo Parte 1. [Fecha de consulta 17 de octubre 2017]. Disponible en: <https://mayoresdehoy.com/2012/11/07/el-adulto-mayor-en-el-mundo-parte-1/>
17. Cisneros F .Teorías y modelos de enfermería. Popayán: 2005; [Fecha de consulta 17 de octubre 2017]. Disponible en: <http://arremisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>

BIBLIOGRAFÍA

- Cruz M, flores F, Valentín N. Metodología de la investigación. Madrid: Profdosa; .2004. p. 261.
- Girolami D, Infantino C. Adultez mayor y ancianidad. Buenos Aires: El Ateneo; 2010. Pp.113-120.
- Hayflick L. Cómo y por qué envejecemos. Madrid: Herder editorial; 1999. Pp.456
- Zarebski G. Hacia un buen envejecer. Santiago de Chile: Hemec; 2004.Pp.197

ANEXOS

ANEXO 1

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL
Autocuidado del adulto mayor en la prevención de caídas	Autocuidado son actividades y decisiones que toma un individuo con el propósito de mantener, fortalecer y prevenir la enfermedad u otro acontecimiento	Es el conjunto de actividades que debe realizar el Adulto Mayor que asista en el Centro de Atención Primaria III El Agustino con el fin de evitar las caídas, considerando los Factores Intrínsecos y Extrínsecos.	Factores Intrínsecos	Deprivación sensorial -Disminución de la agudeza visual -Disminución de la agudeza auditiva -Disminución en el control del equilibrio Consumo de medicamentos - Tipo de Medicamento - Dosis de Medicamento	❖ ADECUADO
			Factores Extrínsecos	Barreras arquitectónicas: - Uso de bastones - Uso de andadores - Uso de silla de rueda Zapatos: - Tipo de calzado	❖ INADECUADO

ANEXO 2



CUESTIONARIO DIRIGIDO A LOS ADULTOS MAYORES SOBRE AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA III DISTRITO DE EL AGUSTINO NOVIEMBRE 2017

Buenos días señor(a). Mi nombre es Rosa Katherine Hermosa Salas soy Estudiante de la Universidad Privada San Juan Bautista Facultad de ciencias de la salud, Escuela Profesional de Enfermería, estoy llevando a cabo un trabajo de investigación que tiene por finalidad obtener información acerca de la manera como las personas adultas mayores cuidan de sí mismos para prevenir las caídas. La entrevista es anónima. La información resultante será confidencial y utilizada solo para esta investigación. Agradezco de antemano su colaboración.

DATOS GENERALES

1. Sexo:

a) Masculino b) Femenino

2. Edad:

3. Actualmente usted vive:

a) Solo b) Conyugue c) Familiares d) Otros

INSTRUCCIONES

A continuación, se le realizara una serie de preguntas, acerca del tema, con diferentes alternativas de respuestas. Por lo cual, solicito que UD. Lea atentamente y luego elija una alternativa que crea conveniente. Responda SI, cuando realiza esa actividad y NO cuando no la realiza.

Nª	FACTORES INTRINSECOS	SI	NO
1	Tiene alguna dificultad en la visión		
2	Tiene alguna dificultad en la audición		
3	Cruza la calle por el paso peatonal o esquinas sin correr		
4	Usa anteojos en la actividad diaria según prescripción médica.		
5	Consume algún medicamento		
6	Sabe si los medicamentos que ingiere le produce algunas alteraciones		
7	Solo consume la medicación indicada por el medico		
8	Conoces los efectos adversos de su medicación		
9	Acude a programas de ejercicios para reforzar y mantener la fuerza, flexión y equilibrio para una mejor deambulación		
na	FACTORES EXTRINSECOS	SI	NO
10	Cuenta con soporte mecánico como barandas o manijas en el (baño, ducha)		
11	Utiliza bastón o andador en caso de problema de equilibrio		
12	Se sostiene del pasamano para subir al vehículo del transporte publico		
13	Se sostiene del pasamano para bajar del vehículo del transporte publico		
14	coloca una silla o un banco para bañarse sentado y evitar resbalones en la ducha		
15	Mantiene los ambientes de la casa con buena iluminación		
16	Evita el cambio repentino de la oscuridad a la iluminación intensa.		
17	Evita tener suelos resbalosos en su casa (encerados o húmedos)		
18	Mantiene el piso del baño con algún tipo de tapete		
19	Mantiene los pasillos de la casa en libre de obstáculos (alfombras, cables eléctricos)		
20	Al salir de casa, normalmente camina solo o acompañado		

ANEXO Nº 3

VALIDEZ DE INSTRUMENTO – CONSULTA DE EXPERTOS

ITEM	PRUEBA BINOMIAL						VALOR DE p
	1	2	3	4	5	6	
P1	1	1	1	1	1	1	0.0156
P2	1	1	1	1	1	1	0.0156
P3	1	1	1	1	1	1	0.0156
P4	0	1	1	1	1	1	0.0938
P5	1	1	1	1	1	1	0.0156
P6	1	1	1	1	1	1	0.0156
P7	0	1	1	0	1	1	0.2344
P8	1	1	1	1	1	1	0.0156
P9	1	1	1	1	1	1	0.0156
P10	1	1	1	1	1	1	0.0156

0.45

TOTAL

0.0453

VALIDO

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio .Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos tu información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Tus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin tu consentimiento.

Uso de la información obtenida:

La información de tus resultados será guardada y usada posteriormente para estudios de investigación beneficiando al mejor conocimiento de la enfermedad y permitiendo la evaluación de medidas de control de hidatidosis, estas no serán usadas en otros estudios

Derechos del paciente:

Si decides participar en el estudio, puedes retirarte de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin daño alguno. Si tienes alguna duda adicional, por favor pregunta al personal del estudio.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Firma del participante

DNI