



**UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS  
DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA  
MÉDICA EN EL ÁREA DE TERAPIA FÍSICA Y  
REHABILITACIÓN**

**“RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y EL  
RIESGO DE CAÍDAS DEL ADULTO MAYOR  
ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD  
SANTA ADRIANA, JULIACA 2017”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO  
TECNÓLOGO MÉDICO EN EL ÁREA DE  
TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

**MAYRA GLENDA YERBA ARI**

**JULIACA – PERÚ**

**2017**



**“RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y EL  
RIESGO DE CAÍDAS DEL ADULTO MAYOR  
ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD  
SANTA ADRIANA, JULIACA 2017”**

Tesis para optar el Título de Tecnólogo Médico en el Área  
de terapia física y rehabilitación

MAYRA GLENDA YERBA ARI

Tutor: Lic. TM. Manuel Roberto Vidal Correa

JULIACA - PERÚ

2017

# HOJA DE APROBACIÓN

MAYRA GLENDA YERBA ARI

**“RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y EL  
RIESGO DE CAÍDAS DEL ADULTO MAYOR  
ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD  
SANTA ADRIANA, JULIACA 2017”**

Esta tesis fue evaluada y aprobada para la obtención del  
título de Tecnóloga Médica por la Universidad Alas  
Peruanas

---

Lic. TM. Georgina Cárdenas Durand  
Nº de colegiatura: 2629  
**Secretario**

---

CD. Paul Tineo Cayo  
Nº de colegiatura: 19707  
**Miembro**

---

Mg. Gian Carlo Valdez Velazco  
Nº de colegiatura: 21784  
**Presidente**

JULIACA – PERÚ

2017

A Dios por su inmensa bondad que  
guía mis pasos e ilumina el camino  
de la vida, que nunca me abandono  
en los momentos más difíciles que  
me toco vivir.

Agradezco a mis padres Rafael y Edith por ser un ejemplo a seguir por nunca darse por vencidos ante la adversidad que les toco vivir, sacando a su familia siempre adelante. A mi hermana Chely amiga inseparable en las locuras que hago.

A la Escuela Profesional de tecnología médica y cuerpo docente, con cariño a los licenciados Licett, Liz, Roxana, Jhasmani por impartirnos sus conocimientos y brindarnos su apoyo durante la formación profesional.

Un agradecimiento especial al ing. Yony Gerardo Ccapa Maldonado por su asesoramiento, apoyo y comprensión en todo el proceso de investigación.

A los adultos mayores del Centro de Salud Santa Adriana que participaron en el trabajo de investigación, por la facilidad y aceptación brindada en la ejecución de este trabajo de investigación

## RESUMEN

El propósito de la presente investigación fue el determinar la relación entre la calidad de vida y el riesgo de caídas del adulto mayor atendidos en el centro de salud santa Adriana, Juliaca 2017, el tipo de investigación fue correlacional, la muestra es probabilística de 44 adultos mayores, la técnica fue la entrevista, y el instrumento la entrevista estructurada, los resultados son los siguientes que existe relación inversa entre la calidad de vida y el riesgo de caídas en el adulto mayor del centro de salud Santa Adriana, el 59.09% tuvieron un alto riesgo de caídas, el 72.73% tuvieron una mala funcionalidad social, el 61.36% tuvieron una mala funcionalidad social, el 81.82% tuvieron una severa limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos, el 70.45% tuvieron una severa limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales, el 59.09% tuvieron un mal estado mental ,el 65.91% tuvieron baja Vitalidad en su edad adulta, el 61.36% tuvieron un dolor leve en su etapa de adulto mayor, el 58.82% tuvieron una mala percepción de la salud en general. Se concluye que existe relación inversa entre la calidad de vida en todas sus dimensiones y el riesgo de caídas en el centro de salud Santa Adriana.

**Palabras clave:** Calidad de vida, riesgo de caídas, adulto mayor, centro de salud.

## **ABSTRACT**

The purpose of the present investigation was to determine the relationship between the quality of life and the risk of falls of the elderly served in the Santa Adriana health center, Juliaca 2017, the type of research was correlational, the sample is probabilistic of 44 adults older, the technique was the interview, and the instrument structured interview, the results are the following that there is an inverse relationship between the quality of life and the risk of falls in the elderly of the Santa Adriana health center, 59.09% had a high risk of falls, 72.73% had poor social functionality, 61.36% had poor social functionality, 81.82% had severe role limitations attributed to physical problems, 70.45% had severe role limitations attributed to emotional problems , 59.09% had a poor mental state, 65.91% had low Vitality in their adult age, 61.36% had a slight pain in their stage of greater sweet, 58.82% had a bad perception of health in general. It is concluded that there is an inverse relationship between the quality of life in all its dimensions and the risk of falls in the Santa Adriana health center.

Key words: Quality of life, risk of falls, elderly, health center.

## LISTA DE CONTENIDO

	Pág.
HOJA DE APROBACIÓN.....	iii
Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento.....	v
Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
Lista de contenido.....	viii
Lista de tablas.....	x
Lista de gráficos.....	xii
Introducción.....	xiv
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>17</b>
1.1.Descripción de la realidad problemática.....	17
1.2.Formulación del problema.....	20
1.2.1. Problema General.....	20
1.2.2. Problemas Específicos.....	21
1.3. Objetivos de la investigación.....	21
1.3.1. Objetivo General.....	21
1.3.2. Objetivos Específicos.....	21
1.4. Justificación de la investigación.....	22
1.4.1. Importancia de la investigación.....	22
1.4.2. Viabilidad de la investigación.....	22
1.5. Limitaciones del Estudio.....	23
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>24</b>
2.1. Antecedentes de la investigación.....	24
2.2. Bases teóricas.....	31
2.3. Definición de términos básicos.....	47
<b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>49</b>
3.1. Formulación de hipótesis general y específicas.....	49
3.1.1. Hipótesis general.....	49
3.1.2. Hipótesis específicas.....	49
3.2. Variables.....	50

3.2.1. Operacionalización de variables.....	51
<b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA .....</b>	<b>54</b>
4.1. Diseño metodológico .....	54
4.2. Diseño muestral .....	55
4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez, y confiabilidad.....	56
4.4. Técnicas de procesamiento de la información .....	58
4.5. Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información. ....	59
<b>Capítulo V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN .....</b>	<b>60</b>
5.1. Análisis descriptivo de tablas y gráficos .....	60
5.2. Discusión .....	107
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>112</b>
<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>113</b>
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN .....</b>	<b>114</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>117</b>
Anexo 1 : Carta de presentación .....	118
Anexo 2: Consentimiento informado.....	119
Anexo 3: Solicito al gerente del centro de salud clas santa adriana.....	120
Anexo 4: Instrumentos de recolección de datos .....	122
Anexo 5: Matriz de consistencia .....	129

## Lista de tablas

	Pág.
<b>Tabla N° 1:</b> Calidad de vida y riesgo de caídas en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017 .....	60
<b>Tabla N° 2:</b> Funcionalidad física en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017 .....	63
<b>Tabla N° 3:</b> Funcionalidad social en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017 .....	65
<b>Tabla N° 4:</b> Limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017 .....	67
<b>Tabla N° 5:</b> Limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017 .....	69
<b>Tabla N° 6:</b> Estado mental en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017 .....	71
<b>Tabla N° 7:</b> Vitalidad en el adulto mayor en el centro de salud santa adriana, Juliaca 2017 .....	73
<b>Tabla N° 8:</b> Dolor en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017.....	75
<b>Tabla N° 9:</b> Percepción de la salud en general en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017.....	77
<b>Tabla N° 10:</b> Riesgo de caídas en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017 .....	79
<b>Tabla N° 11:</b> Funcionalidad física y riesgo de caídas en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017.....	81

<b>Tabla N° 12:</b> Funcionalidad social y riesgo de caídas en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017.....	83
<b>Tabla N° 13:</b> Limitaciones atribuidos a problemas físicos y riesgo de caídas en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017.....	85
<b>Tabla N° 14:</b> Limitaciones atribuidos a problemas emocionales y riesgo de caídas en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017.....	87
<b>Tabla N° 15:</b> Estado Mental y riesgo de caídas en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017.....	89
<b>Tabla N° 16:</b> Vitalidad y riesgo de caídas en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017.....	91
<b>Tabla N° 17:</b> Dolor y riesgo de caídas en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017.....	93
<b>Tabla N° 18:</b> Percepción de la salud en general y riesgo de caídas en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017.....	95

## Lista de Gráficos

	Pág.
<b>Gráfico Nº 1:</b> Calidad de vida y riesgo de caídas en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017.....	61
<b>Gráfico Nº 2:</b> Funcionalidad física en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017 .....	63
<b>Gráfico Nº 3:</b> Funcionalidad social en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017 .....	65
<b>Gráfico Nº 4:</b> Limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017 .....	67
<b>Gráfico Nº 5:</b> Limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017 .....	69
<b>Gráfico Nº 6:</b> Estado mental en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017 .....	71
<b>Gráfico Nº 7:</b> Vitalidad en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017.....	73
<b>Gráfico Nº 8:</b> Dolor en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017.....	75
<b>Gráfico Nº 9:</b> Percepción de la salud en general en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017.....	77
<b>Gráfico Nº 10:</b> Riesgo de caídas en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017 .....	79
<b>Gráfico Nº 11:</b> Funcionalidad física y riesgo de caídas en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017.....	81

<b>Gráfico N° 12:</b> Funcionalidad social y riesgo de caídas en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017 .....	83
<b>Gráfico N° 13:</b> Limitaciones atribuidos a problemas físicos y riesgo de caídas en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017 .....	85
<b>Gráfico N° 14:</b> Limitaciones atribuidos a problemas emocionales y riesgo de caídas en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017.....	87
<b>Gráfico N° 15:</b> Estado Mental y riesgo de caídas en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017 .....	89
<b>Gráfico N° 16:</b> Vitalidad y riesgo de caídas en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017 .....	91
<b>Gráfico N° 17:</b> Dolor y riesgo de caídas en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017 .....	93
<b>Gráfico N° 18:</b> Percepción de la salud en general y riesgo de caídas en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017 .....	95

## INTRODUCCIÓN

La funcionalidad es la capacidad de una persona para llevar a cabo las actividades necesarias, pero en el adulto mayor el riesgo de caídas es evidente en la mayoría de esta población ya que son vulnerables a este riesgo, en cuanto al nivel de calidad de vida del adulto mayor tiene la capacidad de tomar decisiones por sí solo y afrontar las consecuencias de una mala o buena calidad de vida. Asimismo, en la funcionalidad física, limitaciones a problemas atribuidos a rol físico, emocional; estado mental, vitalidad, dolor, percepción de la salud en general requieren atención inmediata si fueran detectadas como malas. Por otro lado, el apoyo social percibido es un elemento protector de los adultos mayores, que al moderar los efectos negativos del estrés se contribuye al bienestar y la satisfacción con la vida. Los problemas que se encontró con el riesgo de caída y la calidad de vida son la falta de ejercicio (no realiza ejercicio físico por problemas en su edad), limitaciones atribuidos a problemas físicos y emocionales (problemas en la marcha, equilibrio; tristeza, angustia, quedarse solos). En el presente siglo el adulto mayor está desamparado e incapaz de realizar sus funciones relacionadas con la vida diaria, en otras palabras, capacidad de vivir recibiendo poca o ninguna ayuda de los demás (familiares, personal de salud, población en general). El hecho de que podamos envejecer bien depende de muchos factores así como la capacidad funcional, la alimentación que tuvo desde su nacimiento hasta alcanzar la cúspide que es el comienzo de la edad adulta, esta edad es trascendental porque ahí empieza el declive de su vida con problemas físicos, emocionales, vitalidad y dolor.

El propósito de estudio es determinar la relación entre la calidad de vida y el riesgo de caídas del adulto mayor atendidos en el centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017.

En el capítulo I, denominado el problema, referido al planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos, justificación, importaciones, viabilidad, limitaciones de la investigación, que se presentaron en el desarrollo de la investigación.

En el capítulo II, está involucrado el Marco Teórico, en el que están planteados los antecedentes de la investigación, las bases teóricas, definición de términos básicos, que sustentan el desarrollo adecuado del trabajo, pues a través de este capítulo se determinaron los términos básicos que se emplearon para el desarrollo de la investigación, para evitar cualquier confrontación de significados temáticos o equivocaciones de interpretación de los resultados y, por consiguiente, incurrir en contradicciones.

En el capítulo III, denominado metodología de la investigación, se planteó hipótesis, definición conceptual y operacional de variables, operacionalización de variables las que están en concordancia con las consideraciones de la normativa de la universidad del esquema de Pre grado.

En el capítulo IV se uso la metodología como el diseño muestral, población, muestra, técnicas e instrumentos; técnicas estadísticas para el procesamiento de la información.

En el capítulo V, en este capítulo se consideró el análisis y discusión del trabajo de investigación.

Por último las conclusiones y recomendaciones pertinentes, y se consigna las referencias bibliográficas utilizada y los anexos respectivos, de acuerdo a los lineamientos y normas de la Universidad Alas Peruanas.

# CAPÍTULO I

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1. Descripción de la realidad problemática.

La población mundial está envejeciendo a pasos acelerados, tal es así que para el 2000 y 2050 la proporción de los habitantes mayores de 60 años se duplicará pasando del 11% al 22%; es decir, que este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo. Asimismo, el cambio demográfico será más rápido e intenso en los países de ingresos bajos y medianos; por ejemplo, tuvieron que transcurrir 100 años para que en Francia el grupo de habitantes de 65 años o más se duplicara de un 7% a un 14%. Por el contrario, en países como el Brasil y China esa duplicación ocurrirá en menos de 25 años. Habrá en el mundo más personas octogenarias y nonagenarias que nunca antes (Organización Mundial de la Salud, 2012). <sup>(1)</sup>

Las caídas son 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, por detrás de los traumatismos causados por el tránsito.

Más del 80% de las muertes relacionadas con caídas se registran en países de bajos y medianos ingresos, y un 60% de esas muertes se producen en las Regiones del Pacífico Occidental y Asia Sudoriental. Las mayores tasas de mortalidad por esta causa corresponden en todas las regiones del mundo a los mayores de 60 años.<sup>(2)</sup>

El acelerado envejecimiento de la población mundial ha puesto en evidencia un importante problema de salud pública: las caídas de ancianos. Aunque en los últimos 20 años se han llevado a cabo numerosas investigaciones y publicaciones sobre este tema, las caídas siguen representando una destacada causa de pérdida funcional, ingresos precoces en residencias socio sanitarias, y aumento de morbilidad y mortalidad en los ancianos.<sup>(3)</sup>

A nivel Latinoamericano, Argentina se caracteriza por ser uno de los países más longevos por la mayor cantidad de años que logran vivir sus habitantes en la actualidad, lo cual se convierte en un desafío para que ese tiempo se ha disfrutado con calidad.

A nivel nacional, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2014), indicó que se proyecta para el 2050 que el porcentaje de personas adultas mayores será de 22.8%, como consecuencia del incremento de la esperanza de vida a 74,28 años. Actualmente, existen en el Perú 2 millones 907 mil 138 personas mayores de 60 años, lo cual representa aproximadamente el 9,43% de la población total.

La población de mujeres mayores de 60 años asciende a 1'986.709 personas. Mientras tanto, la población masculina es de 1'845.565. Cada año, los adultos mayores aumentan en 3,3% y se espera que al año 2021, dicho grupo poblacional sea de 3'727.000 y represente así el 11,2%. El Instituto Nacional de Estadística e Informática detalló que los departamentos en los que reside el mayor número de personas de 60 años a más son Arequipa, Moquegua, Lima y la Provincia Constitucional del Callao. En tanto, con 4.6%, Madre de Dios es el departamento con menor población adulta mayor en el Perú.

En Lima Metropolitana el 11% de la población es adulta mayor, lo cual es más de un millón que tienen 60 a más años de edad, Lima centro tiene la mayor proporción de la población adulta mayor. En Lima Este existe un 8,6% de población adulta mayor, entre los cuales el distrito que tiene más adultos mayores con un 14% es La Molina y con un 13,9% San Luis, encontramos también el distrito de Lurigancho-Chosica con un 8,9% de población adulta mayor. <sup>(4)</sup>

La funcionalidad es la capacidad de una persona para llevar a cabo las actividades necesarias, pero en el adulto mayor el riesgo de caídas es evidente en la mayoría de esta población, en cuanto al nivel de calidad de vida del adulto mayor tiene la capacidad de tomar decisiones por sí solo y afrontar las consecuencias de ello. Asimismo, en el estado mental se sufre cambios en el funcionamiento cognitivo y afectivo, por lo cual se requiere acción oportuna. Por otro lado, el apoyo social percibido es un elemento protector de los adultos mayores, que al moderar los efectos negativos del

estrés se contribuye al bienestar y la satisfacción con la vida. Los problemas que se encontró con el riesgo de caída y la calidad de vida son la falta de ejercicio (no realiza ejercicio físico), funcionalidad social (no se junta con amigos), problemas emocionales (tristeza, angustia, quedarse solos), la Vitalidad, la percepción de la salud en general, la capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con la vida diaria, en otras palabras, capacidad de vivir recibiendo poca o ninguna ayuda de los demás.

El hecho de que podamos envejecer bien depende de muchos factores así como la capacidad funcional de una persona aumenta en los primeros años de la vida, alcanza la cúspide al comienzo de la edad adulta y empieza a declinar con un ritmo determinado por el comportamiento y las cosas expuestas a lo largo de la vida. En la práctica se encuentran oportunidades para favorecer la salud del adulto mayor, en lo cual el enseñar al adulto mayor sobre la nutrición y el ejercicio apropiado ayudará a mantener su independencia. La actividad física habitual puede prolongar los años de independencia, mejorar la calidad de vida y reducir la discapacidad de los adultos mayores. El ejercicio regula el aumento de la fuerza; y ayuda a mantener la masa corporal y evitará el riesgo a caídas.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema General**

¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y el riesgo de caídas del adulto mayor atendidos en el centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017?

### **1.2.2. Problemas Específicos**

- ¿Cuál es el estado de la funcionalidad física, social, limitaciones del rol atributos a problemas físicos, emocionales, estado mental, Vitalidad, dolor y percepción de la salud en general en adultos mayores?
- ¿Cuál es la frecuencia del riesgo de caídas en adultos mayores?
- ¿Cuál es la relación entre la funcionalidad física, social, limitaciones del rol atributos a problemas físicos, emocionales, estado mental, Vitalidad, dolor y percepción de la salud en general con el riesgo de caídas en adultos mayores?

### **1.3. Objetivos de la investigación**

#### **1.3.1. Objetivo General**

Determinar la relación entre la calidad de vida y el riesgo de caídas del adulto mayor atendidos en el centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017.

#### **1.3.2. Objetivos Específicos**

- Determinar el estado de la funcionalidad física, social, limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos, emocionales, estado mental, Vitalidad, dolor y percepción de la salud en general en adultos mayores.
- Establecer la frecuencia del riesgo de caídas en adultos mayores.

- Determinar la relación entre la funcionalidad física, social, limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos, emocionales, estado mental, Vitalidad, dolor y percepción de la salud en general con el riesgo de caídas en adultos mayores.

## **1.4. Justificación de la investigación**

### **1.4.1. Importancia de la investigación**

Esta investigación es importante porque contribuirá con una investigación correlacional entre las variables de riesgo de caída y la calidad de vida del adulto mayor, esta investigación tiene una relevancia científica ya que al momento de conocer la relación de dichas variables antes mencionadas se podrá prevenir en que dimensiones de la calidad de vida se ve más afectada por el riesgo de caídas, y tomar decisiones preventivas para mejorar la salud del adulto mayor. Los beneficiarios serán directamente los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Santa Adriana, se beneficiará también el centro de salud con la obtención de datos reales respecto a la calidad de vida y el riesgo de caídas, ya que estos datos pueden ser utilizados como medidas preventivas para la promoción de la salud en el adulto mayor y de alguna forma puede mejorar la calidad de vida del adulto mayor y disminuir el riesgo de caídas.

### **1.4.2. Viabilidad de la investigación**

Esta investigación es viable ya que se contó con los recursos humanos necesarios, los materiales y financiamiento que contó esta investigación fue a cargo netamente del investigador, con respecto al

tiempo esta investigación se realizó entre los meses de octubre y diciembre del 2017. Por otro lado la solicitud que se mando al gerente del Centro de Salud Santa Adriana de Juliaca, fue recepcionada y aceptada ya que esta investigación contribuirá enormemente a sus pacientes adultos mayores.

### **1.5. Limitaciones del Estudio**

Las posibles limitaciones que se tuvo es a la hora a aplicar el instrumento de riesgo de caídas (TINETTI), ya que al realizar un rastreo y haciendo la pregunta ¿Teme usted caerse? Se ha visto que el valor predictivo positivo de la respuesta afirmativa es alrededor del 80% y aumenta al 90% en ancianos frágiles.

El instrumento, como investigador-evaluador se debe revisar el cuestionario previamente el cómo se va administrativo. Caminando el entrevistador detrás del anciano, se le solicita que responda a las preguntas de la subescala de marcha. Para contestar la subescala de equilibrio el entrevistador permanece de pie junto al anciano (enfrente y a la derecha). A mayor puntuación mejor funcionamiento. La máxima puntuación para la subescala de marcha es 12, para la de equilibrio 16. La suma de ambas puntuaciones da la puntuación para el riesgo de caídas.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes de la investigación**

##### **2.1.1. Antecedentes internacionales**

**Galván, Moreno y Gonzáles (2010)** asociaron la presencia de caídas con algunos factores. Realizaron una investigación titulada “El síndrome de caídas y la calidad de vida relacionada con la salud en el adulto mayor”, cuyo objetivo fue asociar la presencia de caídas con algunos factores de riesgo y con la calidad de vida relacionada con la salud. Material y métodos: Estudio de casos y controles definidos con base en el diagnóstico de caídas en adultos mayores de una Clínica de Medicina Familiar de la Ciudad de México. Se aplicaron los cuestionarios: De calidad de vida, Perfil de Salud de Nottingham, y el modelo Hendrich II de riesgo de caída, para asociar variables se utilizó razón de momias con intervalos de confianza del 95%, así como estadística inferencial a través de la prueba de U de Mann-Whitney con nivel de significancia de 0.05. Resultados: Se tuvieron 45 casos y 105 controles. Se presentó relación entre el diagnóstico de caídas y la obesidad y con modelo de riesgo, con diferencia significativa ( $p < 0.05$ ). Así como entre el

diagnóstico de caídas y las dimensiones del Perfil de Nottingham, a excepción del sueño. Conclusiones: La calidad de vida relacionada con la salud se ve seriamente afectada después de uno o más episodios de caídas, al verse comprometidas esferas como la funcionalidad física y mental del paciente. <sup>(5)</sup>

**Castiblanco y Fajardo (2017)** en Colombia realizó una investigación “Capacidad y percepción de auto cuidado del adulto mayor del programa Centro día/vida, Ibagué, Colombia”, cuyo objetivo fue evaluar la capacidad y percepción de auto cuidado del adulto mayor, usuario del programa Centro día/vida del Centro Integral Comunitario (CIC) de la comuna ocho, ubicado en el barrio La Cima de Ibagué en el departamento del Tolima, Colombia. Material y métodos: Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal con muestra de 88 adultos mayores, entre 60 y 93 años de edad. La información se recolectó entre octubre y diciembre de 2014, durante la práctica de la asignatura Enfermería del Adulto Mayor; se aplicó la encuesta: evaluación de la capacidad de percepción de auto cuidado del adulto mayor, constó de ocho categorías que evaluaron la capacidad y percepción de auto cuidado del adulto mayor. Resultados: El adulto mayor presentó adecuada capacidad y percepción de auto cuidado en las siguientes categorías: actividad física, alimentación, medicación, adicciones y hábitos tóxicos. No se evidenció déficit de auto cuidado, debido a que el estudio demostró en esta categoría el mayor porcentaje y la calificación más alta. Conclusiones: Se determinó que la capacidad y percepción de auto cuidado de los adultos mayores es parcialmente adecuada en las siguientes categorías: eliminación, descanso y

sueño, higiene y confort, y control de salud, debido a que estas categorías obtuvieron puntaje mayor en la calificación intermedia. No se evidenció déficit de auto cuidado inadecuado para ninguna categoría, debido a la interdisciplinariedad del programa <sup>(6)</sup>

### **2.1.2. Antecedentes nacionales**

**Millán (2010)** realizó una investigación en la ciudad Habana titulada: “Evaluación de la capacidad y percepción de auto cuidado del adulto mayor en la comunidad”, cuyo objetivo de evaluar la capacidad y percepción de auto cuidado del Adulto Mayor en la comunidad en Cuba. Los materiales y métodos el estudio fue descriptivo, teniendo como muestra 354 ancianos de 3 consultorios, se seleccionaron 195, a los cuales se les aplicó un Instrumento diseñado al efecto para medir su nivel de auto cuidado. Los resultados arrojaron que el 50,5% de los hombres y el 43,3% de las mujeres no se cuidan adecuadamente, existe un déficit de auto cuidado cognoscitivo-perceptivo en el 46,7%, un 9,8% tienen déficit parcial y 5,6% déficit total. De los 121 pacientes cuyo nivel de auto cuidado es inadecuado el 75,2% son independientes y el 63,6% perciben su estado de salud aparentemente sano. Las conclusiones fueron que el grado funcional independiente es una condición necesaria pero no suficiente para un buen auto cuidado, los adultos mayores que perciben algún riesgo para su salud se cuidan más que los que se perciben sanos <sup>(7)</sup>

**Jordán (2012)** realizó una investigación titulada: “Evaluación del equilibrio y marcha como factores de riesgo en las caldas del adulto mayor del centro gerontológico San Francisco de Asís. Cusco-2012”. Cuyo objetivo

fue determinar la evaluación del equilibrio y marcha como factores de riesgo en las caídas del adulto mayor del Centro Gerontológico San Francisco de Asís Cusco-2012; El diseño metodológico es de tipo evaluativo, descriptivo y prospectivo; la muestra está conformado por 86 adultos mayores, las técnicas utilizadas fueron la observación y la entrevista. Los instrumentos fueron la escala de Tinetti, índice de Katz. Los resultados fueron: El sexo masculino es el 63%, perteneciendo la mayoría de estos al grupo etario de 71 a 75 años, así mismo se concluye que el estado del equilibrio y la marcha de los adultos mayores es representada por el 63% que simboliza el grado de dependencia leve (independientes) y el 69% el estado de salud (sanos). El riesgo de caída en los adultos mayores se presenta en el 50% de la población y sólo el 5% tiene menor riesgo de caer; además según la evaluación de la escala de Tinetti el equilibrio y la marcha en el adulto mayor no presentan puntuaciones bajas al contrario se encuentra en la gradiente de adaptado 50%, 45% gradiente anormal, 5% gradiente normal. El valor obtenido según la prueba de chi-cuadrado es menor de 0.05 por lo que se concluye que se acepta la hipótesis que el equilibrio y marcha de los adultos mayores según la evaluación de la escala de Tinetti presentan una alteración leve. <sup>(8)</sup>

**Alfaro, Jennyfer, Castillo, y Villa (2014)** en Lima-Perú realizaron una investigación: “Perfil de calidad de vida del adulto mayor de los Centros del Adulto Mayor en los distritos de Chaclacayo y Chosica, Lima, Perú, 2014”. El objetivo del presente trabajo fue determinar la calidad de vida en personas adultas mayores que residen en los centros del adulto mayor, de los distritos

de Chaclacayo y Chosica. Materiales y métodos: En cuanto a la metodología corresponde al diseño no experimental, de corte transversal y de alcance descriptivo. Se utilizó el muestreo por conveniencia, con criterios de inclusión y exclusión, el grupo de participantes fue 112 personas, 49 varones (43,8%) y 63 mujeres (56,3%). Se utilizó la Escala de Calidad de Vida FUMAT de Verdugo, Gómez, y Arias (2009). Los resultados que se encontraron fueron los siguientes: con respecto al perfil de calidad de vida el 83% de los adultos mayores presentan calidad de vida promedio. Es decir, en la dimensión bienestar emocional presentó el 71,4%, en la dimensión de relaciones interpersonales el 64,3%, en la dimensión bienestar material 92%, en la dimensión desarrollo personal 77%, en la dimensión bienestar físico 55%, en la dimensión de inclusión social 74,1%, evidencian calidad de vida promedio. En la dimensión autodeterminación el 61,6 % tiene bajo nivel de calidad de vida y, en la dimensión derecho, presenta calidad de vida mayor al promedio con 79%. En conclusión, el presente estudio señala que los adultos mayores, residentes en los Centros de Reposo de Chaclacayo y Chosica, tienen una calidad de vida promedio en las siete dimensiones estudiadas. No así en los resultados de calidad de vida en las dimensiones de derecho (mayor al promedio) y autodeterminación (menor al promedio).<sup>(9)</sup>

**Quiñonez (2017)** realizó una investigación en Lima titulada: “Riesgo de caídas en los pacientes adultos mayores del Hospital Geriátrico de la Policía San José, 2016”, cuyo objetivo fue estimar el riesgo de caídas del adulto mayor en el Hospital Geriátrico PNP “San José”, enero 2017. Los materiales y métodos el presente trabajo de investigación es cuantitativo, descriptivo y

transversal. Diseño de estudio sin intervención y observacional. Los resultados se entrevistaron a 120 personas adultos mayores, del cual el 63,3% es de sexo femenino y 36,7% sexo masculino. La edad promedio de los adultos mayores es de 76,8 años, el 70% presentan un riesgo alto de caída, y un 30% riesgo bajo; el nivel de riesgo de caída según grupo de edad son de mayores porcentajes: en riesgo bajo con 58,3% al grupo de 60 a 71 años, en el riesgo alto con 42,9% al grupo de 72 a 81 años y en el grupo de edad de 93 a 102 años no hay riesgo de caída bajo; los factores con mayor influencia en el riesgo de caída son la toma de medicamentos con 87% y déficit sensorial con 79%, siendo el de menor influencia, estado mental con 6%. Conclusiones: Se **concluye** que el nivel de riesgo de caídas del adulto mayor en el Hospital Geriátrico de la Policía “San José” enero 2017, es un riesgo alto. Los factores con mayor influencia son la toma de medicamentos y los déficits sensoriales. <sup>(10)</sup>

**Ramírez (2017)** realizó un trabajo de investigación en Ica titulada: “Factores de riesgo de caídas y valoración social del adulto mayor que asiste a consultorios externos Hospital Santa María del Socorro Ica, octubre-2016”, cuyo objetivo fue 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. Los resultados fueron 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. <sup>(11)</sup>

### **2.1.3. Antecedentes locales**

**Quispe y Toledo (2016)** realizó una investigación en Juliaca titulada “Factores que se relacionan con el riesgo de caídas en pacientes hospitalizados del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca de julio-octubre del 2015”. Cuyo objetivo: Analizar los factores que se relacionan con el riesgo de caídas en pacientes hospitalizados del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca de Julio-Octubre del 2015. Material y métodos. La investigación fue de tipo analítico-causal según el tiempo transversal se tuvo como población de 450 pacientes de los servicios de Cirugía A y B y de

medicina y una muestra de 80 pacientes hospitalizados a quienes se les aplicó la entrevista estructurada y el cuestionario de la escala de valoración de JH DOWNTON. Resultados. Los factores extrínsecos que se relacionan con el riesgo de caídas en paciente hospitalizados fueron el servicio de hospitalización ( $p=0.037<0.05$ ), la condición de la infraestructura ( $p=0.037<0.05$ ) y el personal para la atención ( $P=0.042<0.05$ ); los factores intrínsecos que se relacionan con el riesgo de caídas fueron el género del paciente ( $p=0.039<0.05$ ), el estado de conciencia( $p=0.037<0.05$ ), la presencia de dolor ( $p=0.000<=0.05$ ), la movilidad del paciente ( $p=0.000<0.05$ ) y el riesgo encontrado según la Valoración de JH DOWNTON el 52.4% tuvieron alto riesgo de caídas el 41.3% tuvieron mediano riesgo y el 6.3% fueron de bajo riesgo. Conclusiones: Se concluye que los factores intrínsecos y extrínsecos se relacionan con el riesgo de caídas en pacientes del hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca.<sup>(12)</sup>

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Calidad de vida**

La calidad de vida de las personas viene determinada por una serie de factores de carácter físico, cultural, socioeconómico y político. De ahí que elaborar una definición operacional sobre calidad de vida, se haga difícil por su carácter complejo y poliédrico. En definitiva, es la conjunción de tres facetas diversas, ya que necesita apoyos desde tres perspectivas diferentes, de tal forma que si falla una de ellas consiga mantener esa estabilidad al menos en las otras dos. Esas tres facetas estarían conformadas por el estado físico-psíquico, la estabilidad emocional y las expectativas de

desarrollo personal, todo ello junto con una filosofía de vida convenientemente desarrollada.<sup>(13)</sup>

Para Schalock la calidad de vida se define como un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación a su vida en el hogar y en la comunidad, en el trabajo (o escuela en el caso de los niños), y de salud y bienestar. Como tal, la calidad de vida es un fenómeno subjetivo basado en la percepción que tiene una persona de varios aspectos de las experiencias de su vida, incluyendo las características personales, condiciones objetivas de vida, y las percepciones de los otros significativos. Así el aspecto central del estudio de la calidad de vida percibida de una persona incluye la relación entre fenómenos objetivos y subjetivos.<sup>(14)</sup>

Según la organización mundial de la salud (OMS) sobre la calidad de vida relacionada con la salud quiere resaltar la capacidad del sujeto para llevar a cabo actividades significativas que guardan relación con los aspectos funcionales, afectivos y sociales, siempre influenciados por la percepción subjetiva como la situación física, estado emocional, vida familiar, amorosa, social, urbana, laboral, bienestar, felicidad y satisfacción de las personas, grupos y comunidades que les da capacidad de actuación, funcionamiento y sensación positiva con su vida.<sup>(1)</sup>

Según Rojo y Fernández definen a la calidad de vida que proviene de la valoración que hacen los individuos sobre su entorno de vida; en el enfoque dicotómico subjetivo-objetivo, por cuanto son los individuos los que se pronuncian sobre los aspectos normativos y en relación con sus experiencias

y expectativas; y en la influencia de diversos factores o dominios que se han de considerar. A esta definición se puede añadir el hecho de que la calidad de vida es dinámica y temporal <sup>(15)</sup>.

Para Verdugo y Rodríguez define a la Calidad de vida como un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida de cada uno o una”. Este concepto queda definido en 8 dimensiones. Cada una de ellas viene definida por una serie de indicadores. <sup>(16)</sup>

La calidad de vida es un concepto complejo y multidimensional que no sólo tiene relación con componentes objetivos como el tipo de trabajo, el nivel socioeconómico o el estado de salud, sino que también depende de cuestiones tan subjetivas como la escala de valores, las creencias y las expectativas de cada persona, todo ello integrado en un marco biográfico, familiar, social, y medio ambiental que cambia con cada persona, grupo o país. Se trata, pues, de un concepto demasiado abstracto e impreciso, sin un consenso previo sobre su significado y, por tanto sin una base suficiente para construir una teoría o un modelo de medición <sup>(17)</sup>.

La calidad de vida precisa de instrumentos y herramientas para su control y medida. Un indicador es un instrumento para medir el objetivo que se pretende. Se trata de una medida cuantitativa, normalmente numérica, que sirve de orientación y guía para valorar la calidad de los diversos

servicios. Los indicadores deben ser válidos y fiables, precisos y consistentes, sensibles al cambio y sistemáticos en su medida.

Indicadores de calidad de vida según algunos investigadores:

– Organización Mundial de la Salud <sup>(1)</sup> propone:

- Salud física.
- Psicológica.
- Nivel de independencia. Relaciones sociales.
- Entorno.
- Espiritualidad, religión, creencias personales.

– Felce en el año 1997 define que los indicadores son: <sup>(13)</sup>

- Bienestar físico.
- Bienestar material.
- Bienestar social.
- Bienestar relativo a la productividad.
- Bienestar emocional.
- Bienestar referido a los derechos o a aspectos físicos.

– Schalock en los años 1996, 2000, 2003 menciona que los indicadores de la calidad de vida son: <sup>(14)</sup>:

- Bienestar emocional.
- Relaciones interpersonales.
- Bienestar material.
- Desarrollo personal.
- Bienestar físico.
- Autodeterminación.

- Inclusión social.
- Derechos.

Los indicadores son percepciones, comportamientos o condiciones específicas de una dimensión que nos van a permitir evaluar la satisfacción con una determinada área de la vida de la cuidadora primaria o cuidador, hermano o hermana, persona con discapacidad o cualquier otro miembro de la familia.

### Cuadro 1

Dimensiones e indicadores de calidad de vida

<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	
Bienestar emocional	Seguridad Felicidad Autoconcepto	Espiritualidad Disminución del estrés Satisfacción
Relaciones interpersonales	Intimidad Familia Amistades	Afecto Interacciones Apoyos
Bienestar material	Ser propietario Seguridad Empleo Estatus socioeconómico	Comida Finanzas Posesiones Protección
Desarrollo personal	Educación Satisfacción Actividades significativas	Habilidades Competencia personal Progreso
Bienestar físico	Salud Ocio Seguros	Actividades de la vida diaria Movilidad Tiempo libre Nutrición

	médicos Cuidados sanitarios	
Autodeterminación	Autonomía Decisiones Autodirección	Valores personales y metas Control personal Elecciones
Incluso social	Aceptación Apoyos Ambiente residencial Actividades comunitarias	Voluntariado Ambiente laboral Roles sociales Posición social
Derechos	Derecho a voto Accesibilidad Privacidad	Juicio justo Derecho a ser propietario Responsabilidades cívicas

Fuente: Elaboración propia

## 2.2.2. Dimensiones de la calidad de vida

### 2.2.2.1. Funcionalidad física

El bienestar físico se refiere al nivel de susceptibilidad a una enfermedad, peso corporal, cuidado/agudeza visual, fortaleza, potencia, coordinación, nivel de tolerancia y rapidez de recuperación. La persona tiene la sensación (subjetiva) de que ninguno de sus órganos o funciones se encuentran menoscabadas. Se caracteriza por el funcionamiento eficiente del cuerpo, resistencia a enfermedades, la capacidad física de responder apropiadamente a una diversidad de eventos y un nivel adecuado de aptitud

física. En muchas situaciones, la dimensión física puede ser la más importante.

Similar al concepto de capacidad funcional, resulta la dimensión más cercana a las medidas clínicas tradicionalmente usadas en medicina. Se refiere a la energía, fuerza y capacidad para llevar una actividad normal. La función física contempla fundamentalmente dos dominios: la capacidad para las actividades de la vida diaria, como las restricciones del movimiento corporal (andar, inclinarse y subir/bajar escaleras), las limitaciones en la movilidad (permanencia en cama) o la interferencia con las actividades de auto cuidado (bañarse, vestirse, o comer); y la capacidad para el esfuerzo, la energía o la actividad positiva, que se refiere a la ejecución de actividades vigorosas o a la realización de esfuerzos sin manifestar excesiva fatiga y se utiliza cada vez más en la evaluación de la calidad de vida <sup>(17)</sup>.

#### **2.2.2.2. Funcionalidad social**

La educación para la salud irá encaminada a obtener el más alto grado de integración social del anciano, actuando sobre él y aún más sobre los seres que le rodean. Para una mejor comprensión de las personas mayores, la educación debe de empezar desde la infancia; los maestros y padres deben de ser los encargados de inculcar al niño el respeto y la comprensión hacia sus mayores. Por otra parte, es competencia de los profesionales de Atención Primaria de Salud hacer saber al mayor cuáles son los recursos que existen en la sociedad para su disfrute, protección y ayuda y cuál es la forma de poder acceder a ellos. <sup>(13)</sup>

Para Sánchez define a la funcionalidad social como a la capacidad para llevar a cabo las interacciones personales que forman el núcleo de la vida social y que están tradicionalmente estructuradas en forma jerárquica: familia, amigos, compañeros y comunidad. Constituyen un parámetro muy estimado en la evaluación de la calidad de vida al proporcionar un importante apoyo psicosocial al individuo y al influir sobre el restablecimiento de la enfermedad y la supervivencia. Las limitaciones en los roles habituales son evaluadas en relación con la actividad más importante de la persona, incluyendo el trabajo y las tareas domésticas. <sup>(17)</sup>

#### **2.2.2.3. Limitaciones del rol atribuido a problemas físicos**

Para Sánchez esta dimensión del estilo de vida reúne las características de orden fisiológico derivadas de la enfermedad y/o del tratamiento. En general se consideran los síntomas o las molestias referidas por el paciente, las sensaciones displacenteras que pueden disminuir la calidad de vida de un individuo, como dolor, náuseas y disnea. Resulta el dominio de carácter más objetivo y estas sensaciones suelen ser fundamentales en los instrumentos de calidad de vida. <sup>(17)</sup>

El ejercicio físico favorece la capacidad respiratoria, activa la circulación, favorece la higiene mental, ayuda al mantenimiento y mejora el estado funcional motor. En los mayores los ejercicios de fuerza y velocidad deben suprimirse. Su práctica estará en relación con las capacidades de cada persona. El ejercicio y el descanso tienen que estar regulados adecuadamente. El paseo, la gimnasia, y la práctica de deportes suaves

(natación, lanzar bolas, juegos suaves) constituyen la forma idónea de ejercicio para las personas de edad. <sup>(13)</sup>

#### **2.2.2.4. Limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales**

Los problemas emocionales se dan en todas las etapas, y que son producto de factores internos y externos, se dejan calificar mejor por el término «evolución» que por el de «desarrollo», ya que éste alude más a los cambios provocados por factores de tipo interno <sup>(13)</sup>

Las características emocionales que propician el crecimiento y desarrollo adecuado en la vida emocional del ser humano incluyen la capacidad para controlar efectivamente el estrés negativo, el ser flexible y el compromiso para resolver conflictos. La gente que consistentemente tratan de mejorar su bienestar emocional tiende a disfrutar mejor la vida.

El Dr. Bower señala que existen problemas emocionales de diferentes grados, así tenemos los leves o transitorios que son aquellos que presentan conductas atípicas circunstanciales y/o reactivas producto de un conflicto que está enfrentando en ese momento (reciente separación de los padres, muerte o enfermedad de un familiar etc.) esta situación puede durar algunos días, semanas o hasta 3-4 meses notando en la conducta mejoras en forma progresiva. También tenemos problemas emocionales en donde la atipicidad de las conductas permanece, interrumpiendo, congelando sus diferentes actividades diarias, deteriorando las relaciones interpersonales <sup>(17)</sup>

### **2.2.2.5. Estado mental**

Se refiere a indicadores cognitivos y afectivos. Para los últimos se emplean los dominios del bienestar subjetivo como: felicidad, satisfacción con la vida y afecto positivo, mientras que los indicadores cognitivos se dirigen a aspectos relacionados con el pensamiento, la atención, la confusión o el deterioro para pensar y concentrarse, ambos componentes, afectivo y cognitivo, participan en los juicios que se hacen sobre la propia calidad de vida y se hallan significativamente influidos por el proceso de la enfermedad y el tratamiento <sup>(17)</sup>

Consideramos que la higiene mental (entendida como conjunto de actitudes y conductas que favorecen el mantenimiento y promoción de la salud mental) no es una actividad al margen de las demás prácticas de higiene y acciones de salud en general, sino que al potenciar cualquier aspecto de éstas contribuimos a mejorar la salud mental. Tendremos que observar y comprender las características personales de cada persona mayor, su actitud ante la vida y la muerte y su capacidad para comprender y participar en las actividades de la salud, en definitiva, su situación tanto física y psíquica como familiar y social, para identificar sus necesidades y contribuir en la medida de lo posible a su satisfacción. <sup>(13)</sup>

## Cuadro 2

### Características psicológicas normativamente asociadas al proceso de desarrollo adulto según distintos estudios.

<p><b>Heckhausen et al. (1989)</b> Los 11 rasgos en los que más se espera incrementar con la edad (de 148)</p>	<p><b>McFarland et al. (1992)</b> Rasgos de personalidad que los sujetos consideraron se incrementaban con la edad</p>	<p><b>Ryff (1989)</b> Respuestas a la pregunta: ¿Cuáles son los cambios positivos con el envejecimiento?</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Experimentado</li> <li>– Conocedor de la naturaleza humana</li> <li>– Bien preparado</li> <li>– Maduro</li> <li>– Sentido del deber</li> <li>– Sabio</li> <li>– Responsable</li> <li>– Sensato</li> <li>– Comprensivo</li> <li>– Realista</li> <li>– Consistente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Independiente</li> <li>– Comprensivo</li> <li>– Voluntad por mantener las propias creencias</li> <li>– Cariñoso</li> <li>– Bondadoso</li> <li>– Relajado</li> <li>– Satisfecho con la vida</li> <li>– Preocupado por los demás</li> <li>– Orgullosos de uno mismo</li> <li>– Bien ajustado</li> <li>– Inteligente</li> </ul>	<p>En sujetos de mediana edad (de mayor a menor porcentaje de respuestas):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Llegar a estar mejor con los demás</li> <li>– Ser tolerante y abierto de mente</li> <li>– Mantener un funcionamiento positivo</li> <li>– Más relajado</li> <li>– Con mayor crecimiento personal</li> <li>– Más sabio</li> <li>– Aceptación del cambio</li> </ul>

Fuente: Zacarés y Serra (1996)

#### 2.2.2.6. Vitalidad

La vitalidad se define como un conjunto de cambios que experimenta nuestro organismo cuando se encuentra sometido a condiciones extremas de sobre entrenamiento; o bien cuando no estamos habituados a un tipo de trabajo con una intensidad concreta e intentamos superar nuestro propio límite de esfuerzo. <sup>(18)</sup>

La vitalidad puede ser una respuesta normal e importante al esfuerzo físico, al estrés emocional, al aburrimiento o la falta de sueño. Sin embargo, también puede ser un signo no específico de un trastorno psicológico o fisiológico grave. La vitalidad puede aparecer como síntoma aislado o acompañando a otros síntomas en una amplia gama de problemas de salud y enfermedades. <sup>(18)</sup>.

La vitalidad puede convertirse en un asunto crítico en la vida de una persona. Puede afectar a la forma en que la persona se siente en relación a sí misma, en relación a sus actividades diarias y su relación con otras personas. Las personas afectadas podrían faltar al trabajo, retirarse de sus amistades, requerir de más horas para dormir y en algunos casos podrían verse imposibilitados de llevar a cabo cualquier actividad física debido a la fatiga. <sup>(18)</sup>.

#### **2.2.2.7. Dolor**

El dolor es un síntoma prevalente en el adulto mayor, los adultos mayores tienden a subregistrar el dolor porque ellos mismos también creen que es un síntoma inherente al envejecimiento, y piensan que su conocimiento puede alamar a sus familiares y traerles pérdida de independencia. El manejo de dolor en el adulto mayor inicia con una adecuada evaluación, la cual consiste en un completo examen físico e historia clínica, evaluación psiquiátrica, social y evaluación de la medicación.

<sup>(19)</sup>

### **2.2.2.8. Percepción de la salud en general**

Para Sánchez, et al (2008) la percepción de la salud están basadas fundamentalmente en autopercepciones generales de salud, incluyen las evaluaciones que el individuo hace de los efectos que tiene su salud sobre otros aspectos de la vida. Por otra parte, la salud percibida también puede ser un indicador de los cuidados médicos y usarse como predictor de la mortalidad, en esta dimensión se incluye también la satisfacción con la salud derivada de las actividades, las relaciones y los estados de ánimo respecto a los profesionales, al tratamiento prescrito y a la aceptación de su enfermedad.<sup>(17)</sup>

### **2.2.1. Riesgo de caídas**

Las caídas se definen como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga. Las lesiones relacionadas con las caídas pueden ser mortales, aunque la mayoría de ellas no lo son.<sup>(5)</sup>

Las caídas se definen como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga. Las lesiones relacionadas con las caídas pueden ser mortales, aunque la mayoría de ellas no lo son.<sup>(1)</sup>

Las caídas y las alteraciones de la marcha constituyen uno de los principales problemas para las personas mayores y es uno de los motivos más frecuentes en los servicios de urgencia traumatológicos, siendo la prevención uno de las inquietudes principales en nuestros días. Los factores

que inciden en las caídas incluyen aspectos extrínsecos propios de las personas a factores intrínsecos como las alteraciones propias de la edad (alteraciones visuales, acústicas, alteraciones del sistema locomotor, del sistema nervioso y del equilibrio debido a la disminución del tono y fuerza muscular), las enfermedades (enfermedad de Parkinson, tumores, osteoporosis, artritis, artrosis, insuficiencia cardíaca, infecciones, trastornos hematológicos, etc.) y la medicación (diuréticos, hipotensores, antidiabéticos, etc.). Para la prevención de las caídas primarias es necesaria la detección precoz de los factores de riesgo. En el caso de las secundarias, será aconsejable una valoración geriátrica integral (funcional, mental y social). Por otra parte, si las caídas conocidas como terciarias provocan complicaciones o el síndrome postcaída que producen cambios de comportamientos y actitudes que se traducen en una disminución de las actividades físicas y sociales, será preciso enseñar a la persona a levantarse, establecer programas de rehabilitación y reeducación y proveer sistemas de teleasistencia en el caso de que las personas mayores vivan solas.<sup>(13)</sup>

#### **2.2.1.1. ESCALA DE TINETTI**

Como expresan González Oliveras y ot. en la “Evaluación del anciano con caídas de repetición”: “Las caídas son una patología muy frecuente en la tercera edad, de consecuencias a menudo terribles y las más de las veces poco comprendidas ni estudiadas.” “En las últimas décadas los geriatras han venido interesándose de forma creciente por ellas ya que representan un marcador de fragilidad, inmovilidad y deterioro agudo y crónico de la salud de la persona mayor. Actualmente se entiende este fenómeno como uno de

los grandes síndromes geriátricos dada su frecuencia, su etiología multifactorial, las consecuencias de todo tipo que conllevan, así como las posibilidades de intervenir en la prevención de las mismas.”

De lo expresado surge la necesidad, por parte de la especialidad, de buscar un instrumento de fácil aplicación, que explore los factores intrínsecos y extrínsecos que predisponen y desencadenan las caídas.

El más completo y validado de los test es el de Tinetti. Se trata de una escala observacional que permite evaluar, a través de dos subescalas la marcha y el equilibrio. Fue desarrollada por la Dra. Mary Tinetti en 1986 en la Universidad de Yale, en principio destinada a la evaluación de ancianos muy discapacitados y luego modificada y adaptada a todo tipo de ancianos.

La escala de Tinetti se divide en dos sub-escalas que exploran el equilibrio (estático y dinámico) y la marcha.

Se aconseja que la exploración sea realizada por personal sanitario especializado y entrenado (médicos y/o fisioterapeutas), especialmente en ancianos con algún grado de discapacidad por el riesgo de caídas que conlleva.

La sub-escala de equilibrio consta de 12 ítems cuyas respuestas se categorizan como Normal, Adaptativa o Anormal. La subescala de marcha responde a Normal o Anormal y consta de 16 ítems.

La versión simplificada da la posibilidad de obtener unas puntuaciones que pueden ser de utilidad en el seguimiento del anciano, además de ser fácilmente administrada, sin requerimiento de equipos especiales y en tiempo muy breve, 10 minutos. Detecta aquellos ancianos con riesgo de caídas, para los que tiene mayor valor predictivo que el examen neuromuscular, pudiendo así desarrollar pautas de prevención. A cada resultado positivo se le asigna un punto, totalizando entre 0 y 7, resultado de 0 a 2 bajo o nulo riesgo de caída, 3 a 5 riesgo relativo de 1,4 y 6 ó 7 el riesgo relativo se ubica en 1,9.

Es preciso tener en cuenta que estos test que son capaces de detectar a sujetos en riesgo de caídas, solamente evalúan uno de los factores de riesgo, como son las alteraciones en la marcha y el equilibrio. Por ello, en el estudio posterior, no se deben de olvidar otros factores, como las enfermedades crónicas, fármacos, ortostatismo, riesgos domésticos etc. En realidad, una caída es la interacción entre factores de riesgo y exposición a situaciones de riesgo u oportunidades de caer, que se deben de tomar conjuntamente en consideración.

## **2.3. Definición de términos básicos**

### **Calidad de vida**

Se define como el nivel de bienestar y satisfacción del individuo, tanto físico como mental y social en relación con los problemas de salud.

### **Función física**

Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria, como el cuidado personal, caminar, subir escaleras, coger o transportar cargas, y realizar esfuerzos moderados e intensos.

### **Dolor corporal**

Medida de la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar.

### **Salud general**

Valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar.

### **Vitalidad**

Sentimiento de vitalidad, frente al de cansancio y desánimo.

### **Función social**

Grado en el que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida social habitual.

**Rol emocional**

Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias, considerando la reducción del tiempo dedicado, disminución del rendimiento y del esmero en el trabajo.

**Riesgo de caídas.** Como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga.

**Salud mental.**

Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad, autocontrol, y bienestar general.

## **CAPÍTULO III**

### **HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1. Formulación de Hipótesis general y específicas**

##### **3.1.1. Hipótesis general**

Existe relación inversa entre la calidad de vida y el riesgo de caídas del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017

##### **3.1.2. Hipótesis específicas**

- El estado de la funcionalidad física, social, limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos, emocionales, estado mental, Vitalidad, dolor y percepción de la salud en general en adultos mayores es mala calidad de vida.
- La frecuencia del riesgo de caídas es alta en adultos mayores del centro de salud Santa Adriana.
- Existe relación inversa entre la funcionalidad física, social, limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos, emocionales, estado mental, Vitalidad, dolor y percepción de la salud en general con el riesgo de caídas en adultos mayores.

## **3.2. Variables**

### **a. Definición conceptual de la variable**

#### **Riesgo de caídas**

Las caídas se definen como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga. Las lesiones relacionadas con las caídas pueden ser mortales, aunque la mayoría de ellas no lo son.

#### **Calidad de vida**

Calidad de vida es el nivel de bienestar y satisfacción del individuo, tanto físico como mental y social en relación con los problemas de salud

### **b. Definición operacional de la variable**

#### **Riesgo de caídas**

El riesgo de caídas comprende de dos evaluaciones una evaluación de la marcha que contiene la iniciación de la marcha, movimiento pie derecho, movimiento pie izquierdo, simetría del paso, fluidez del paso, trayectoria, tronco, postura al caminar. Para la evaluación del equilibrio, equilibrio sentado.

Levantarse, intentos para levantarse, equilibrio en bipedestación, empujar (el paciente en bipedestación con el tronco erecto y los pies tan juntos como sea posible), ojos cerrados, vuelta de 360°, sentarse.

#### **Calidad de vida**

La calidad de vida consta de 8 dimensiones, que explora los cambios experimentados en el estado de salud en el último año. Por el contrario, hay aspectos importantes de la salud como son el Funcionamiento Cognitivo, Sexual y Familia, que no los evalúa este instrumento. Las opciones de respuesta se presentan en escalas de tipo Likert, que

evalúan intensidad o frecuencia. El número de opciones de respuestas varía entre dos, tres y seis según el ítem.

### 3.2.1. Operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	ESCALA DE MEDICIÓN	
Variable Independiente  CALIDAD DE VIDA	1. Funcionalidad Física (FF).	• Ítem 3,4,5,6,7,8,9,10,11,12	Ordinal	Funcionalidad física mala Funcionalidad física regular Funcionalidad física buena	
	2. Funcionalidad Social (FS).	• Ítems 20,32		Mala funcionalidad social. Regular funcionalidad social. Buena funcionalidad social.	
	3. Limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos (LRPF).	• Ítems 13, 14, 15, 16		Severa limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos Moderada limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos. Leve limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos.	- Mala calidad de vida  - Regular calidad de vida  - Buena calidad de vida
	4. Limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales (LRPE).	• Ítems 17, 18, 19.		Severas limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales. Moderadas limitaciones del rol atribuidos a problemas	

				emocionales. Leves limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales.	
	5. Estado mental (EM)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ítems 24,25,26,28,30</li> </ul>		Estado mental malo Estado mental regular Estado mental bueno	
	6. Vitalidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ítems 23,27,29,31</li> </ul>		Vitalidad Baja Vitalidad Media Vitalidad Alta	
	7. Dolor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ítems 21,22</li> </ul>		Dolor leve Dolor Moderado Dolor severo	
	8. Percepción de la salud en general (PSG).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ítems 33, 34, 35, 36,1</li> </ul>		Mala percepción de la salud en general Regular percepción de la salud en general. Buena percepción de la salud en general.	
Variable Dependiente Riesgo de caídas	Evaluación de la marcha.  Evaluación del equilibrio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Iniciación de la marcha.</li> <li>-Movimiento pie derecho.</li> <li>-Movimiento pie izquierdo.</li> <li>-Simetría del paso.</li> <li>-Fluidez del paso.</li> <li>-Trayectoria.</li> <li>-Tronco.</li> <li>-Postura al caminar.</li> </ul>	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menor riesgo de caídas.</li> <li>- Regular riesgo de caídas</li> <li>- Alto riesgo de caídas</li> </ul>	

		<ul style="list-style-type: none"><li>-Equilibrio sentado.</li><li>-Levantarse.</li><li>-Intentos para levantarse.</li><li>-Equilibrio en bipedestación.</li><li>-Empujar (el paciente en bipedestación con el tronco erecto y los pies tan juntos como sea posible).</li><li>-Ojos cerrados.</li><li>-Vuelta de 360°.</li><li>-Sentarse.</li></ul>			
--	--	---	--	--	--

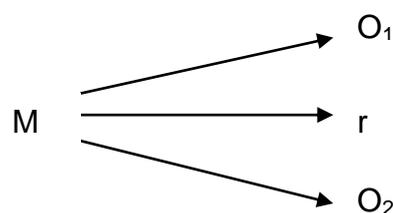
## CAPÍTULO IV

### METODOLOGÍA

#### 4.1. Diseño metodológico

El tipo de la investigación es correlacional, nivel investigativo es relacional por que relaciona dos variables, tipo de estudio es no experimental no se hace experimento con las variables, prospectivo por que los datos se recogerán después de la aplicación del instrumento, transversal se recoge en un solo momento de tiempo, y diseño observacional se observará al adulto mayor según el riesgo de caídas.<sup>(20)</sup>

Charaja<sup>(21)</sup> plantea el siguiente bosquejo para los trabajos correlacionales.



Donde

M = Muestras de estudio.

O<sub>1</sub> = Observación de la variable 1.

O<sub>2</sub> = Observación de la variable 2.

r = Grado de relación existente

## 4.2. Diseño muestral

### 4.2.1. Población

La población estuvo conformada por 50 adultos mayores que asisten al Centro de Salud Santa Adriana de la ciudad de Juliaca.

### 4.2.2. Muestra

La muestra es probabilística para población finita, y estuvo conformada por 44 adultos mayores que acuden al Centro de Salud Santa Adriana en el presente año.

$$n_0 = \frac{NpqZ^2}{(N-1)E^2 + Z^2pq} :$$

N: La población estuvo conformada por 50 adultos mayores

E: Error de la muestra estadística  $e= 0.05$

P: probabilidad de la población que tenga la característica  $p= 0.50$

Q: probabilidad de la población que tenga la característica  $q= 0.50$

Z: nivel de Confianza mediante la tabla estadística ( $z= 1.96$ )

$$n = \frac{50 \times 0.50 \times 0.50 \times 1.96^2}{(50 - 1)0.05^2 + 1.96^2 \times 0.50 \times 0.50}$$

$$n = 44$$

La muestra estará conformada por 44 adultos mayores que acuden al Centro de Salud Santa Adriana de la ciudad Juliaca.

## **Criterios de inclusión y exclusión**

### **Criterios de inclusión**

- Adultos que firmen el consentimiento informado.
- Adultos que desean participar en la investigación.

### **Criterios de exclusión**

- Adultos que no firmen el consentimiento informado.
- Adultos que no desean participar en la investigación.

## **4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez, y confiabilidad.**

### **4.3.1. Técnicas**

La técnica que se uso en la presente investigación fue la observación (Riesgo de caída) y la entrevista (para la calidad de vida), ya que se buscó la indagación, exploración y recolección de datos, mediante preguntas formuladas directa o indirectamente a los sujetos que constituyen la unidad de análisis del estudio investigativo. <sup>(22)</sup>

### **4.3.2. Instrumentos**

El instrumento que se utilizó es la ficha de observación para el riesgo de caídas es la Escala de Marcha y Equilibrio TINETTI (ver anexo 4), que constará de dos evaluaciones una evaluación de marcha y otra de equilibrio. <sup>(23)</sup>

El instrumento que se utilizó es la entrevista estructurada, permite una respuesta directa, mediante la hoja de preguntas que se le entrega a cada

una de ellas. Las preguntas estandarizadas se preparan con anticipación y previsión <sup>(22)</sup>

El nombre del instrumento es Cuestionario de Salud SF- 36, que consta de 36 preguntas. anteriormente tuvo el nombre original de The Short Form- 36 Health Survey, realizandose por primera vez en 1992 (E;E;U;U), las versiones que tuvieron fuerón: <sup>(5)</sup>

La versión más reciente SF- 36 2.0 (Su objetivo es mejorar las características métricas de las dos escalas de Rol Emocional y Rol Físico y además, mejora la estimulación de las respuestas faltantes). Por otro lado, existen dos versiones reducidas: el SF- 12 (Es un cuestionario más corto usado para medir la salud Física y Mental en general, aunque implica una pérdida de precisión en las puntuaciones con respecto al SF- 36). <sup>(5)</sup>

El SF- 8 (Permite el cálculo de un perfil de ocho escalas comparable al SF- 36 y también de las dos medidas, física y mental; fue construido para sustituir al SF- 36 y SF- 12 en estudios de salud poblacionales en Estados Unidos y en el ámbito internacional). Por último está el SF-6D (Es un instrumento de medida de la salud basado en preferencias, que permite hacer evaluaciones en atención sanitaria, a partir de bases de datos del SF- 36 ya disponibles o futuras). Existe una “versión estándar” que hace referencia al estado de salud en las 4 semanas anteriores y una “versión aguda” que evalúa semana anterior <sup>(5)</sup>

Adaptación Española: Alonso J, Prieto L, y Antó JM. utilizaron el tipo de instrumento es cuestionario, con el objetivo de evaluar la calidad de vida relacionada con la salud, comparar la carga de distintas enfermedades, detectar los beneficios en la salud producidos por distintos tratamientos médicos y valorar el estado de salud de pacientes individuales.

Con un total de 36 ítems, formando 8 dimensiones.

El plan de recolección consistió primeramente se solicitó (ver anexo 2) al gerente del Centro de Salud de Santa Adriana la autorización para el recojo de la información de los adultos mayores.

Se realizó una encuesta sobre la calidad de vida del adulto mayor, se observara al adulto mayor mediante el instrumento de la Escala de Marcha y Equilibrio TINETTI.

#### **4.4. Técnicas de procesamiento de la información**

Para el análisis estadístico de los datos, se empleó el paquete estadístico SPSS 23 (Statistical Package for the Social Sciences) en español para luego presentarlos en tablas de frecuencias y figuras con sus respectivas interpretaciones y discusión, luego de esto se empleará los estadística inferencial), el chi cuadrada para saber cómo es el comportamiento de las variables de nuestra investigación.

#### 4.5. Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información.

Según Ibañez <sup>(24)</sup> menciona que para la contrastación de hipótesis se usó la prueba estadística de la Chi cuadrada y su prueba estadística cuya fórmula es la siguiente:

$$X_c^2 = \sum_{i=1}^f \sum_{j=1}^c \frac{(\theta_{ij} - e_{ij})^2}{e_{ij}}$$

$\theta_{i.}$  = Es el total observado por la i-ésima fila.

$\theta_{.j}$  = Es el total observado por la j-ésima columna

$\theta_{..}$  = Es el total general (tamaño de muestra)

f : Número de filas

c : Número de columnas

## Capítulo V

### Análisis y discusión

#### 5.1. Análisis descriptivo de tablas y gráficos

##### 5.1.1. En relación al objetivo general.

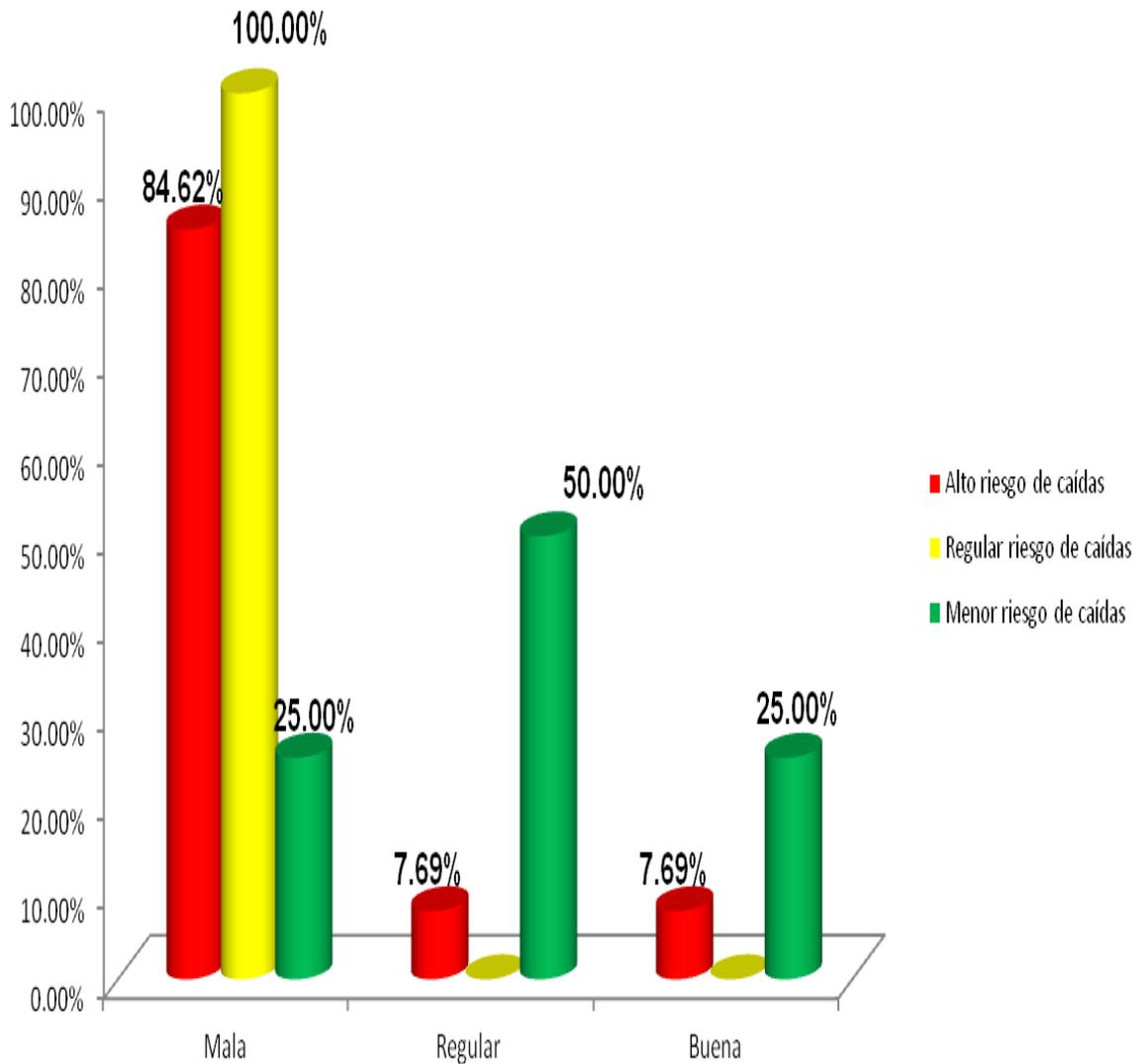
**Tabla N° 1**  
**Calidad de vida y riesgo de caídas en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017**

		Riesgo de caídas					
		Alto riesgo de caídas		Regular riesgo de caídas		Menor riesgo de caídas	
		N	%	N	%	N	%
<b>Calidad de vida</b>	Mala	22	84.62%	10	100.00%	2	25.00%
	Regular	2	7.69%	0	0.00%	4	50.00%
	Buena	2	7.69%	0	0.00%	2	25.00%
	TOTAL	26	100.00%	10	100.00%	8	100.00%

Fuente: Matriz de datos

**Gráfico N° 1**

**Calidad de vida y riesgo de caídas en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017**



**Fuente:** Matriz de datos

## INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En la tabla N° 1 y grafico N° 1, en la población estudiada el porcentaje de adultos mayores 100% tuvo mala calidad de vida con esto se puede decir que se presentaron una mala calidad de vida en sus necesidades básicas sociales, emocionales, vitalidad, físicas, estado mental y mala percepción de la salud en general y esto está relacionado al riesgo de caídas y son causados por la debilidad muscular en las piernas, flexibilidad y resistencia también se ve afectado por una causa neurológica como la artritis, artrosis en el adulto mayor, el 84.62% tuvieron mala calidad de vida y alto riesgo de caídas, el 25% de adultos mayores tuvieron mala calidad de vida y esto se relaciona con menor riesgo de caídas.

Asimismo se observa que el 50% tuvieron regular calidad de vida y un menor riesgo de caídas, seguidamente del 7.69% tuvieron regular calidad de vida y un alto riesgo en caídas.

Finalmente el 25% de adultos mayores tuvieron una buena calidad de vida y un menor riesgo de caídas, sin embargo existe también un 7.69% de la calidad de vida es buena y tuvieron un alto riesgo de caídas. Al realizar la contraste de hipótesis podemos afirmar que existe relación significativa entre la calidad de vida y el riesgo de caídas.

## 1.2. En relación al primer objetivo específico

Tabla N° 2

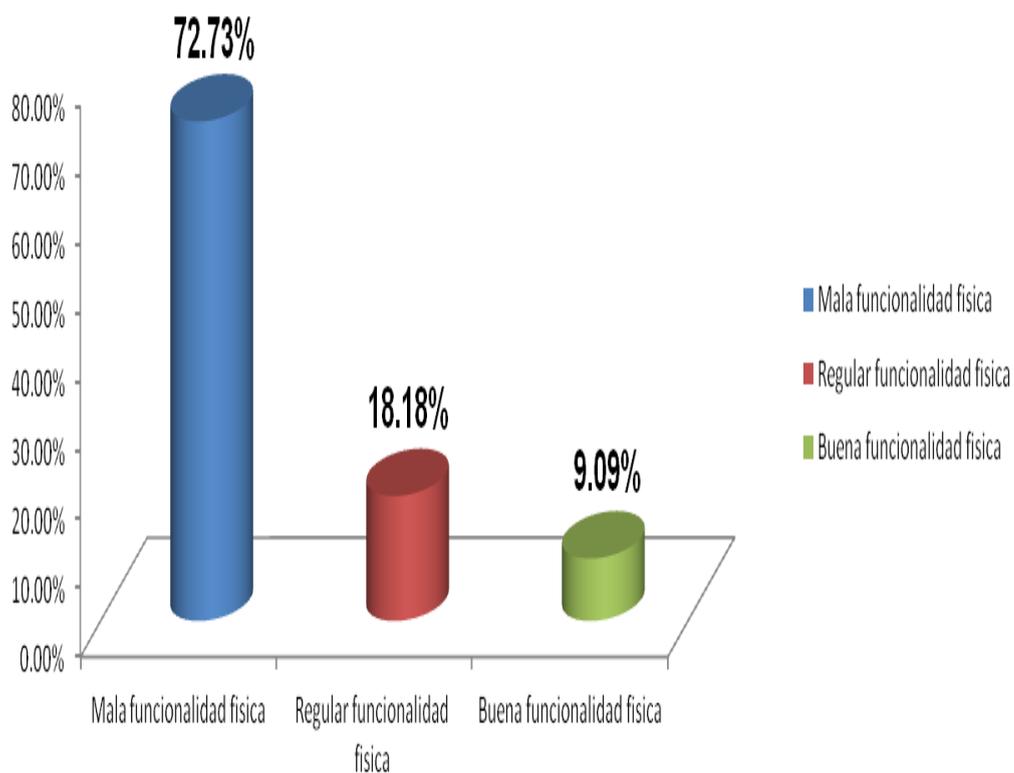
**Funcionalidad física en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017**

	N	%
Mala funcionalidad física	32	72,73
Regular funcionalidad física	8	18,18
Buena funcionalidad física	4	9,09
Total	44	100,0

Fuente: Matriz de datos

Gráfico N° 2

**Funcionalidad física en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017**



Fuente: Matriz de datos

## INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En la tabla N° 2 y grafico N° 2 muestran que el 72.73% de adulto mayor tuvieron una mala funcionalidad física en el que las carencias sensoriales como la audición y visión, enfermedades neurológicas limitan una actividad física en el adulto mayor, además de ello de no acudir a los centros de salud que promueven programas de ejercicios físicos al aire libre, por otro lado el 18.18% tuvieron una regular funcionalidad física ya que algunas enfermedades son ocasionadas por la presión alta que presenta el adulto mayor y esto requiere un control minucioso de las actividades físicas que realiza el adulto mayor.

Finalmente un 9.09% tuvieron una buena funcionalidad física, esto se significa que el adulto mayor realiza actividades físicas a menudo en cuanto a la marcha disminuye el rango articular lo cual limitaría en sus actividades de la vida diaria, ya que su condición de adulto mayor requiere de mayor preocupación por parte de sí mismo y del personal de salud.

En consecuencia la actividad física regular ajustada a la capacidad individual. Nada tiene un efecto tan favorable como la actividad física para reducir la enfermedad y la discapacidad, y mejorar la calidad de vida, al hacer ejercicio controlar médicamente algunos factores de riesgo cardiovascular; la hipertensión arterial es el más importante, pues es la principal causa controlable que, a su vez, es la primera causa de discapacidad grave en la edad adulta.

**Tabla N° 3**

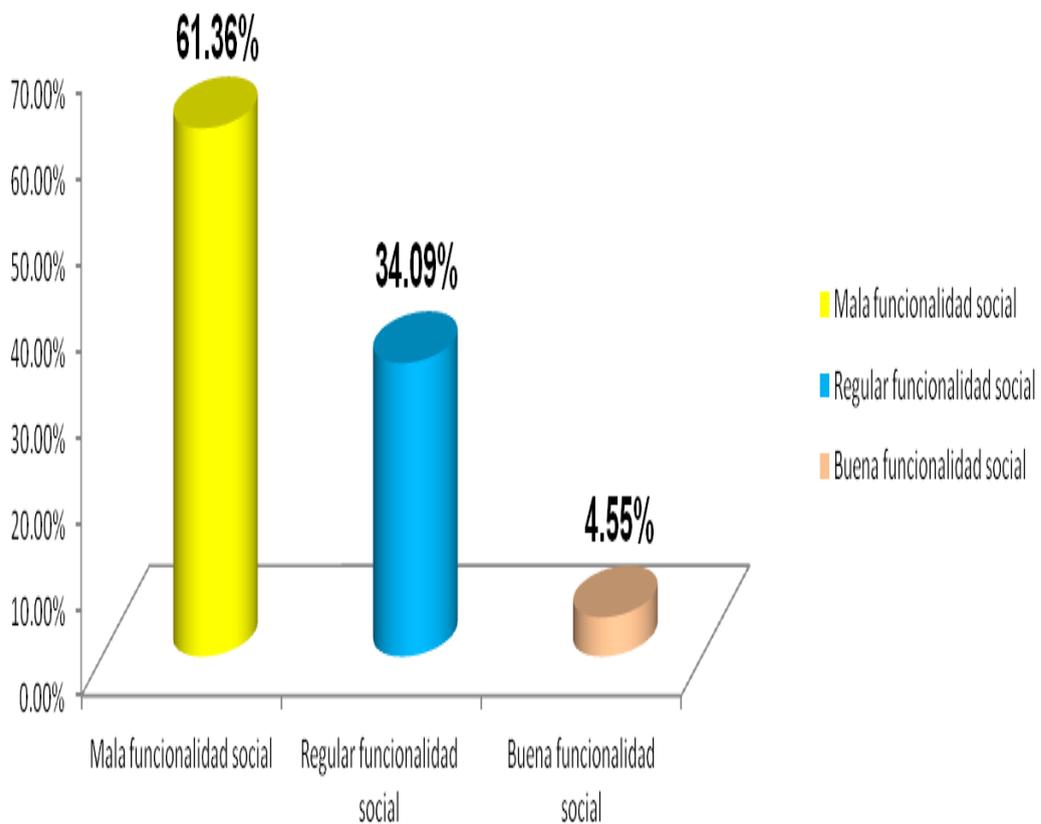
**Funcionalidad social en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017**

	N	%
Mala funcionalidad social	27	61,36
Regular funcionalidad social	15	34,09
Buena funcionalidad social	2	4,55
Total	44	100,0

**Fuente:** Matriz de datos

**Gráfico N° 3**

**Funcionalidad social en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017**



**Fuente:** Matriz de datos

## INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En la tabla N° 3 y grafico N° 3 muestran que el 61.36% de adulto mayor tuvieron una mala funcionalidad social, el adulto mayor no presenta un cuidador o familiar que este pendiente de sus necesidades básicas eso también influye en su relación social, ya que esto influye en su desenvolvimiento en la sociedad, también se debe a que no se presente una buena convivencia familiar, esto también se debe a la configuración en un contexto socio-cultural, posibilitador de apoyo, afecto y contención, no sólo desde las dimensiones materiales y concretas de la vida sino respecto a las representaciones experienciales y subjetivas dentro de un grupo social y dentro de su comunidad.

Por otro lado el 34.09% de adultos mayores tuvieron una regular funcionalidad social, y finalmente un 4.55% presenta buena calidad de vida en el cual se puede decir que sus necesidades básicas fueron cumplidas en son en actividades físicas, sociales, emocionales, estado mental, vitalidad y percepción de la salud en general de buena calidad, estos resultados son obtenidos una vez realizada el cuestionario en el centro de salud Santa Adriana de la ciudad de Juliaca.

**Tabla N° 4**

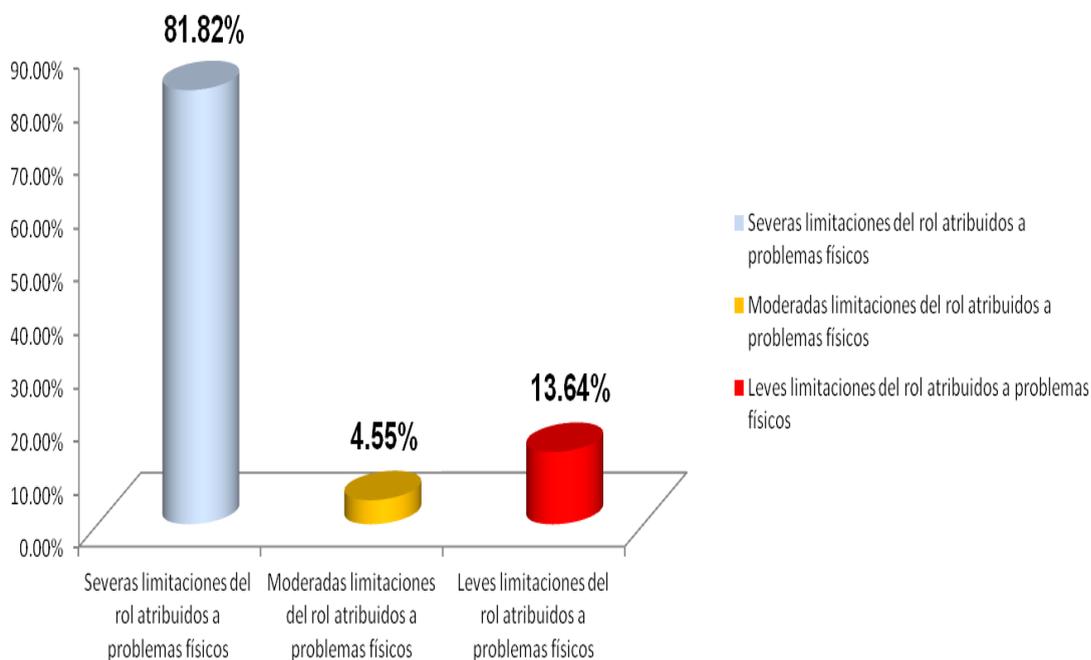
**Limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017**

	N	%
Severas limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos	36	81,82
Moderadas limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos	2	4,55
Leves limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos	6	13,64
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Matriz de datos.

**Gráfico N° 4**

**Limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017**



Fuente: Matriz de datos

## INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En la tabla N° 4 y grafico N° 4 muestran que el 81.82% de adulto mayor tuvieron severas limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos enfermedades neurológicas que limiten a tener una actividad física tenemos a la artritis, artrosis, gonartrosis, fracturas todo esto llevara a una limitación al rol físico, aunque el ocio y las actividades que se realizan en el tiempo libre son en sí mismos elementos destacados en la calidad de vida de las personas, y particularmente los mayores realizan muchas y muy diversas actividades de ocio.

De igual manera el 4.55% de adultos mayores tuvieron unas moderadas limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos, por otro lado el 13.64% tuvieron unas leves limitaciones con respecto al rol atribuidos a problemas físicos, otras actividades que no requieren esfuerzo físico, pero promueven la actividad mental y su mantenimiento, tampoco suelen ser practicadas habitualmente por las personas pertenecientes a este grupo en estudio que son las caminatas o subir de arriba y abajo.

Finalmente el adulto mayor tuvo un poco desenvolvimiento en las actividades de la vida diaria, estos resultados son obtenidos una vez realizada el cuestionario en el centro de salud Santa Adriana de la ciudad de Juliaca.

**Tabla N° 5**

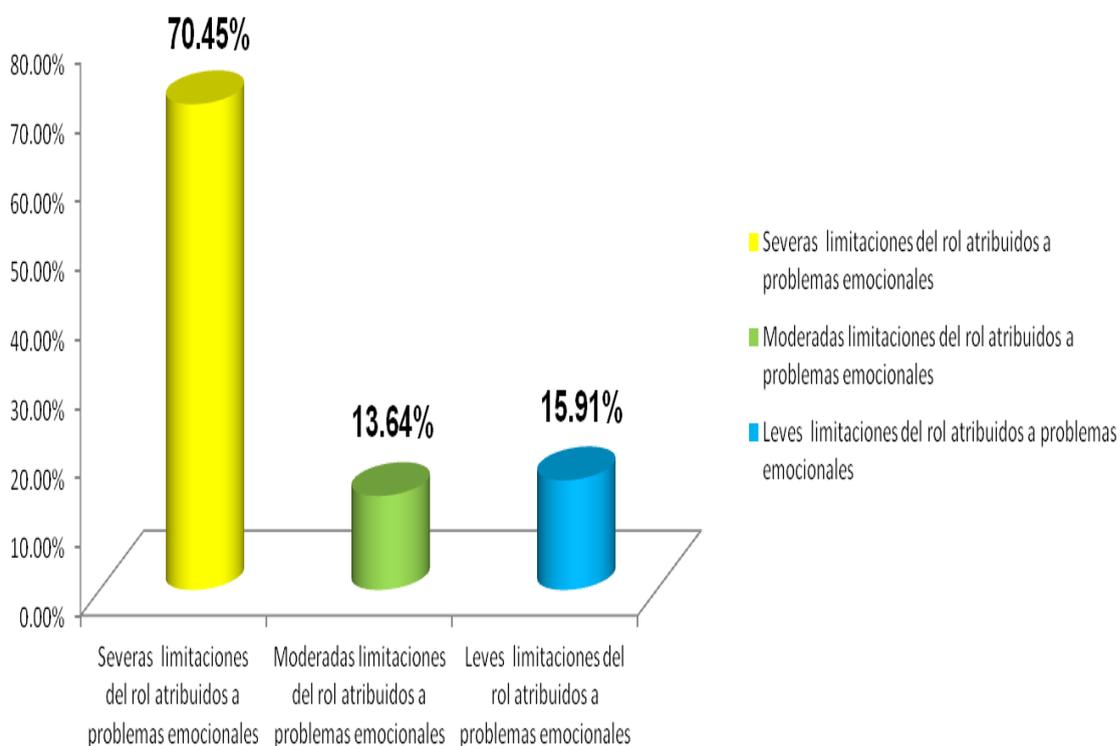
**Limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017**

	N	%
Severas limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales	31	70,45
Moderadas limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales	6	13,64
Leves limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales	7	15,91
Total	44	100,0

**Fuente:** Matriz de datos

**Gráfico N° 5**

**Limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017**



**Fuente:** Matriz de datos

## INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En la tabla N° 5 y grafico N° 5 muestran que el 70.45% de adulto mayor tuvieron severas limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales la relación con la familia o cuidador la tristeza el mal humor manifestaciones depresivas, las personas mayores con edades intermedias dominan en la tipología de elevada actividad física y mental y, quizás como correlato, de satisfacción muy baja con las capacidades cognitivas, como posible valoración de la pérdida derivada del envejecimiento y aún no asumida.

Un 13.64% tuvieron moderadas limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales, el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez.

Finalmente un 15.91% tuvieron leves limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales, se puede decir que las personas adultos mayores van construyendo su identidad particular única en la cotidianidad y esto afecta a su estado emocional, esto se refleja a que cada tiempo y situación son diferentes y los problemas emocionales son diferentes, estos resultados reflejan los problemas que tienen los adultos mayores en ansiedad, estrés, melancolía, etc.

**Tabla N° 6**

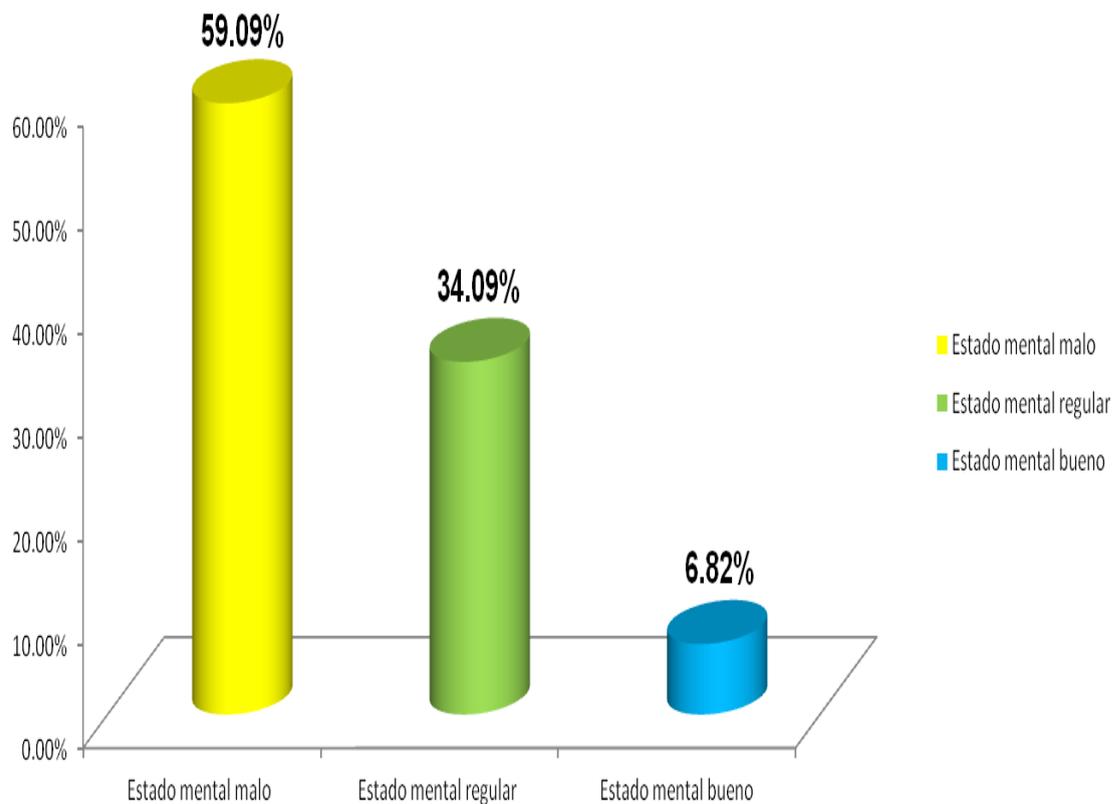
**Estado mental en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017**

	N	%
Estado mental malo	26	59,09
Estado mental regular	15	34,09
Estado mental bueno	3	6,82
Total	44	100,0

Fuente: Matriz de datos

**Gráfico N° 6**

**Estado mental en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017**



Fuente: Matriz de datos

## INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En la tabla N° 6 y grafico N° 6 muestran que el 59.09% de adulto mayor tuvieron una estado mental en la calificación de mala un deterioro mental como el alzheimer el retardo mental, el 34.09% tuvieron un estado mental de regular, la vida humana, es tan compleja y riquísima por sus múltiples matices y significados se expresa en actividades que buscan la supervivencia a través de la repetición diaria sumando aquellas emocionales que no afecten a su estado mental, ya que esto involucra en el proceso de sociabilización, adquiriendo valor simbólico según la etapa que es el adulto mayor, su historia, la cultura y el estatus social de la persona van a influenciar en su estado mental, ya que el estado mental esta deteriorándose por su propia edad y esto también se debe a que no tenga una buena calidad de vida.

Finalmente un 6.82% tuvieron un estado mental malo, este estado también un buen indicador de condiciones objetivas de salud, ya que el estado mental es importante ya que si un adulto mayor está bien en este aspecto influirá o tiene relación con la calidad de vida. Lo cual dificulta su comprensión en actividades de la vida diaria para independencia del adulto mayor estos resultados reflejan la necesidad de que el estado mental de los adultos mayores del centro de salud Santa Adriana esta deteriorándose cada vez más y eso es una casa probable del riesgo de caídas.

**Tabla N° 7**

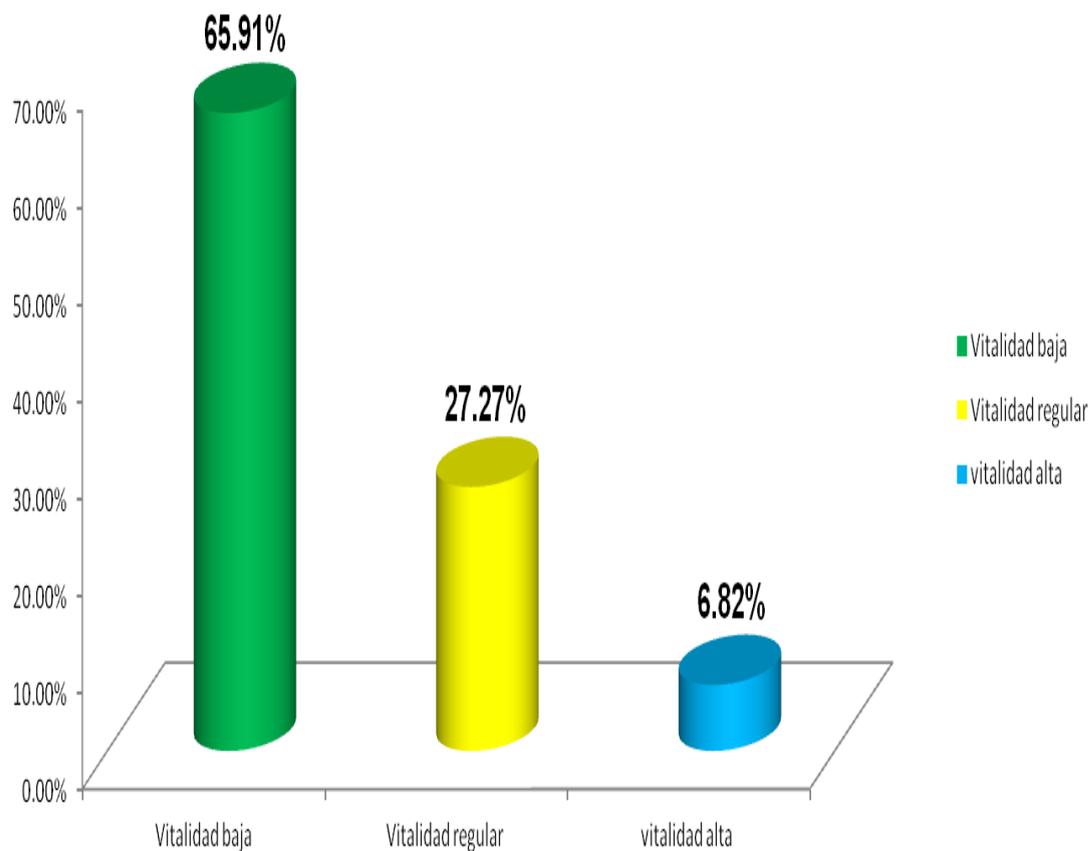
**Vitalidad en el adulto mayor en el Centro De Salud Santa Adriana, Juliaca 2017**

	N	%
Vitalidad baja	29	65,91
Vitalidad regular	12	27,27
Vitalidad alta	3	6,82
Total	44	100,0

Fuente: Matriz de datos

**Gráfico N° 7**

**Vitalidad en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017**



Fuente: Matriz de datos

## INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En la tabla N° 7 y grafico N° 7 muestran que el 65.91% de adulto mayor tuvieron baja vitalidad para realizar sus actividades cotidianas, como marcha energía en algunas actividades que el adulto presente mas desenvolvimiento, la pérdida de vitalidad o pérdida de progreso es el continuo de un síndrome clínico, donde esta es la condición extrema, se encuentra asociada a bajos niveles de recuperación y presagia la muerte.

De igual manera el 27.27% de adulto mayor tuvieron regular vitalidad, la vitalidad se relaciona con el riesgo de caídas, ya que la disminución en la estabilidad y fuerza muscular, por lo que encajan dentro del ciclo de fragilidad, pero la vitalidad va en descendencia de los que tienen más de 60 años, ya que tuvieron un trastorno del balance y equilibrio, poco caminar, distribución de fuerza de hombros y las rodillas, discapacidad en extremidades inferiores, depresión, uso de sedantes, y pérdida de visión cercana.

Finalmente un 6.82% de adultos mayores afirmaron que tuvieron alta vitalidad en hacer sus actividades cotidianas actividades de la vida diaria el como vestirse, hábitos de higiene, al realizar la marcha. Estos resultados son obtenidos una vez realizada el cuestionario en el centro de salud Santa Adriana de la ciudad de Juliaca.

**Tabla N° 8**

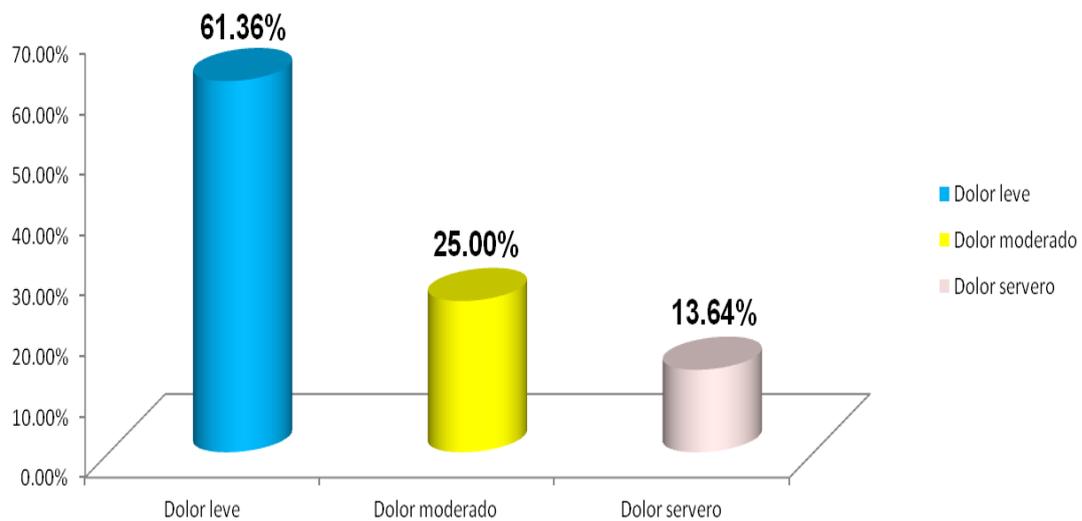
**Dolor en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017**

	N	%
Dolor leve	27	61,36
Dolor moderado	11	25,0
Dolor severo	6	13,64
Total	44	100,0

**Fuente:** Matriz de datos

**Gráfico N° 8**

**Dolor en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017**



**Fuente:** Matriz de datos

## INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En la tabla N° 8 y grafico N° 8 muestran que el 61.36% de adulto mayor tuvieron un dolor leve en el transcurso de su vida, el dolor se dará al tener rangos limitados, enfermedades como la artritis, artrosis, los adultos mayores pueden tener múltiples causas para dolor, entre ellas: infección, accidente cerebrovascular, dolor neuropático, enfermedad vascular, demencia, úlceras por presión, pie diabético, artropatía.

De acuerdo 25% tuvieron un dolor moderado, los cambios en la capacidad de reconocimiento de estímulos por parte del sistema nervioso influyen en la atenuación de síntomas esenciales como el dolor, lo que más se sufre es el dolor torácico del anciano suele ser de corta duración, se confunde con sensación de indigestión, simula origen pleurítico o posicional y la irradiación puede referirse a la región occipital y el brazo derecho.

Finalmente un 13.64% de adultos mayores tuvieron una severo dolor con respecto a su calidad de vida, estos acontecimientos pudimos observar y preguntar al adulto mayor las cuales nos contaron que fueron más frecuencia el acortamiento muscular, fracturas , artrosis , artritis, la postura estos resultados son obtenidos una vez realizada el cuestionario en el centro de salud Santa Adriana de la ciudad de Juliaca.

**Tabla N° 9**

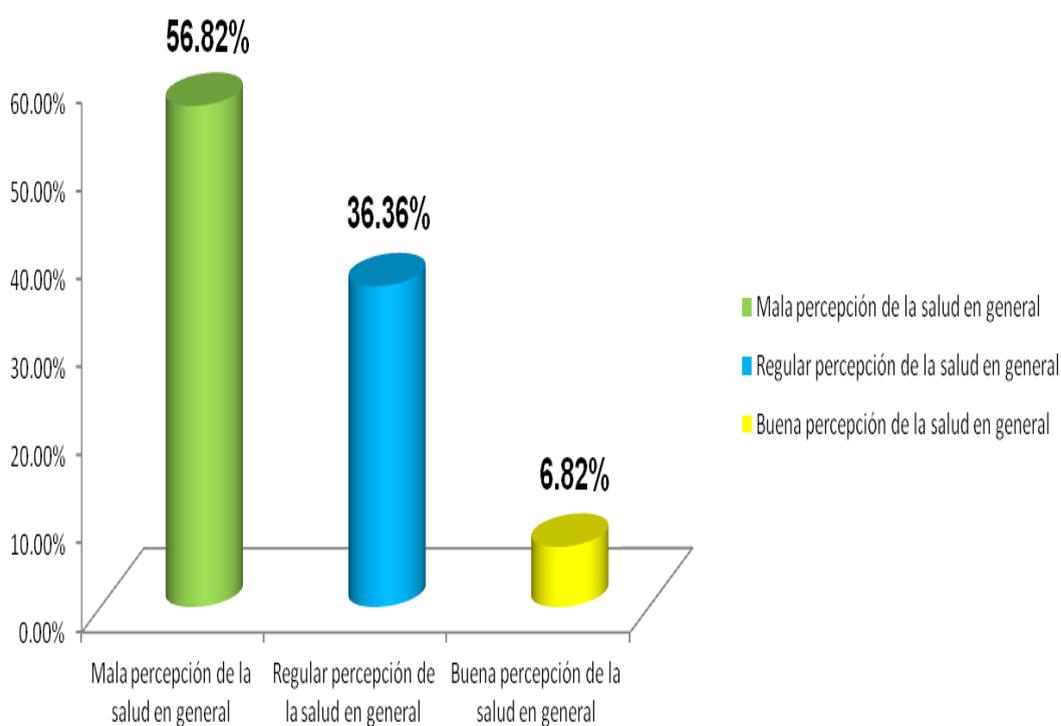
**Percepción de la salud en general en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017**

	N	%
Mala percepción de la salud en general	25	56,82
Regular percepción de la salud en general	16	36,36
Buena percepción de la salud en general	3	6,82
Total	44	100,0

**Fuente:** Matriz de datos

**Gráfico N° 9**

**Percepción de la salud en general en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017**



**Fuente:** Matriz de datos

## INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En la tabla N° 9 y grafico N° 9 muestran que el 56.82% de adulto mayor tuvieron una mala percepción de la salud en general, en general la auto percepción del estado de salud está estrechamente ligada a la situación real de la salud, de modo que se muestra como un indicador confiable, es decir quienes autoperciben su estado de salud como bueno, efectivamente gozan de una mejor salud y de una mejor calidad de vida que los demás. Estas personas, además, muestran ventajas cuando tratan de sobreponerse a eventos difíciles o pérdidas significativas, o hacer frente al estrés.

Por otro lado el 36.36% de adultos mayores tuvieron una regular percepción de su salud en general, este es un indicador general de las necesidades asociadas con la salud, así como respecto a su valor predictivo de morbilidad y mortalidad.

Finalmente un 6.82% de adultos mayores tuvieron una buena percepción de la salud en general, estos resultados no es ajena a la realidad del ciudadano de adulto mayor de la ciudad de Juliaca, ya que la percepción de la salud en general del adulto mayor en el centro de salud es mala por sus mismas condiciones socioeconómicas, y no se preocupa por su salud.

**En relación al segundo objetivo específico**

**Tabla N° 10**

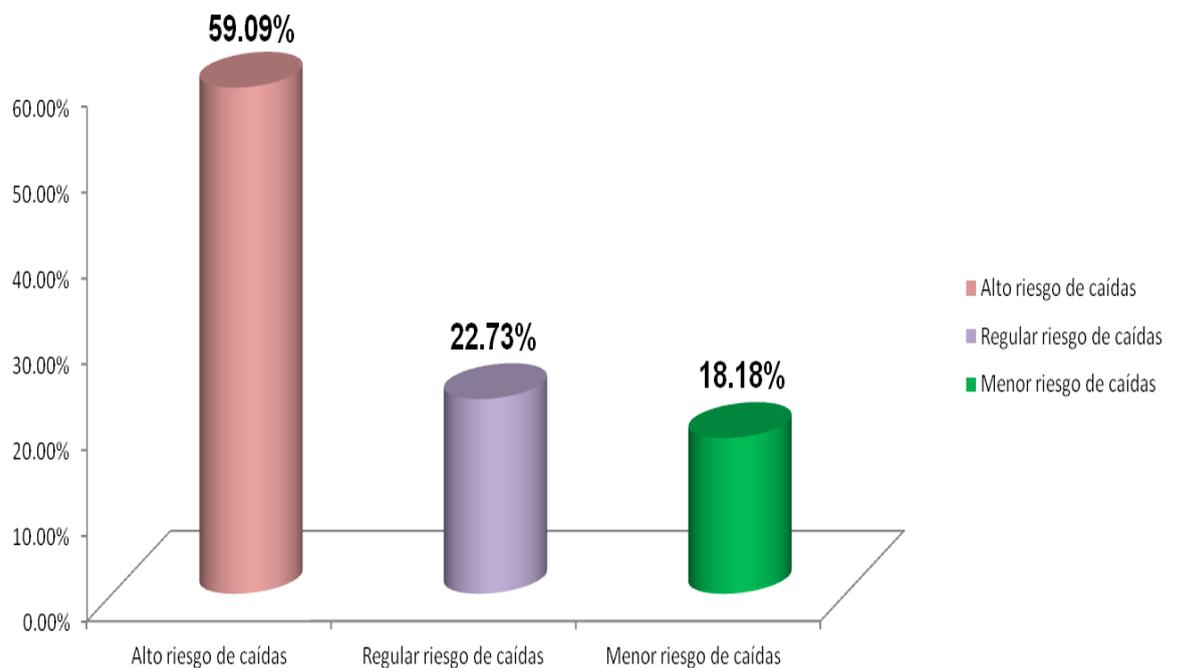
**Riesgo de caídas en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017**

	N	%
Alto riesgo de caídas	26	59,09
Regular riesgo de caídas	10	22,73
Menor riesgo de caídas	8	18,18
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Matriz de datos

**Gráfico N° 10**

**Riesgo de caídas en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017**



**Fuente:** Matriz de datos

## INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En la tabla N° 10 y gráfico N° 10 muestran que el 59.09% de adulto mayor tuvieron un alto riesgo de caídas, las caídas y las alteraciones de la marcha constituyen uno de los principales problemas para las personas mayores y es uno de los motivos más frecuentes en los servicios de urgencia traumatológicos, siendo la prevención uno de las inquietudes principales en nuestros días. Los factores que inciden en las caídas incluyen aspectos extrínsecos propios de las personas a factores intrínsecos como las alteraciones propias de la edad (alteraciones visuales, acústicas, alteraciones del sistema locomotor, del sistema nervioso y del equilibrio debido a la disminución del tono y fuerza muscular), las enfermedades (enfermedad de Parkinson, tumores, osteoporosis, artritis, artrosis, insuficiencia cardíaca, infecciones, trastornos hematológicos, etc.) y la medicación (diuréticos, hipotensores, antidiabéticos, etc.).

El 22.73% tuvieron un regular riesgo de caídas, y finalmente un 18.18% tuvieron menor riesgo de caídas, estos resultados son obtenidos una vez realizada el cuestionario en el centro de salud Santa Adriana de la ciudad de Juliaca. Para la prevención de las caídas primarias es necesaria la detección precoz de los factores de riesgo. En el caso de las secundarias, será aconsejable una valoración geriátrica integral (funcional, mental y social).

### 1.3. En relación al tercer objetivo específico

Tabla N° 11

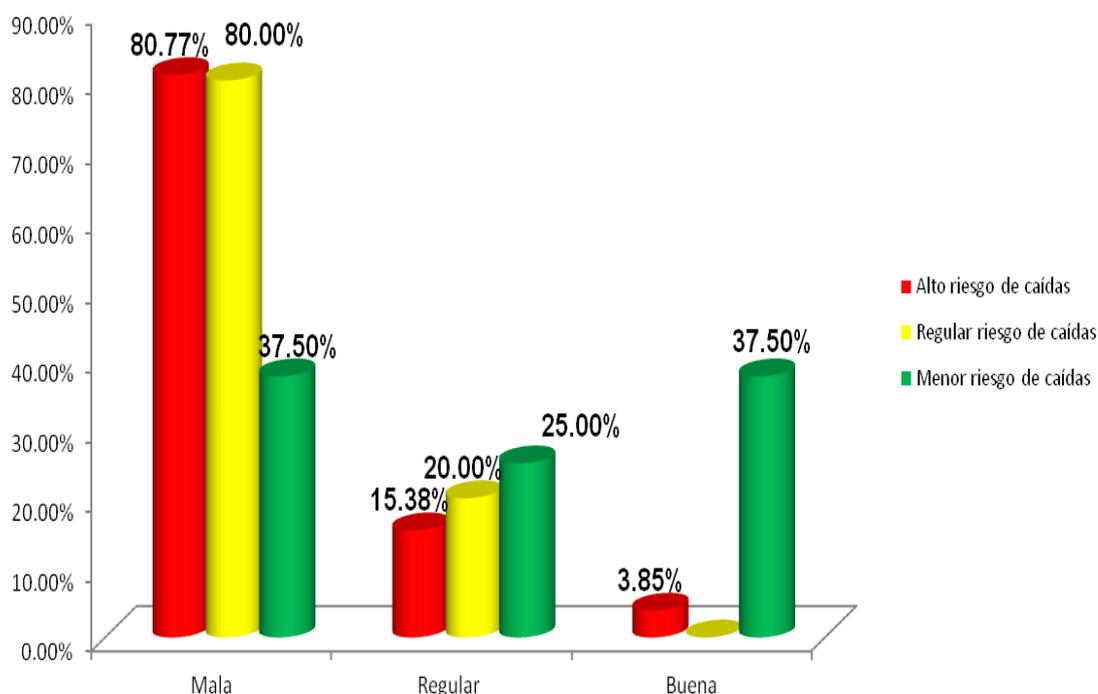
**Funcionalidad física y riesgo de caídas en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017**

		Riesgo de caídas					
		Alto riesgo de caídas		Regular riesgo de caídas		Menor riesgo de caídas	
		N	%	N	%	N	%
<b>Funcionalidad física</b>	Mala	21	80.77%	8	80.00%	3	37.50%
	Regular	4	15.38%	2	20.00%	2	25.00%
	Buena	1	3.85%	0	0.00%	3	37.50%
TOTAL		26	100.00%	10	100.00%	8	100.00%

Fuente: Matriz de datos

Gráfico N° 11

**Funcionalidad física y riesgo de caídas en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017**



Fuente: Matriz de datos

## INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En la tabla N°11 y grafico N°11, en la población estudiada el porcentaje de adultos mayores el 80.77% tuvieron una mala funcionalidad física y tuvieron alto riesgo de caídas, seguidamente 80% tuvieron mala funcionalidad física y regular riesgo de caídas, el 37.5% de adultos mayores tuvieron mala funcionalidad física y con menor riesgo de caídas.

Asimismo se observa que el 25% adultos mayores tuvieron regular funcionalidad física y un menor riesgo de caídas, el 20% tuvieron regular funcionalidad física y un regular riesgo de caídas, el 15.38% de adultos mayores tuvieron una regular funcionalidad física y un alto riesgo de caídas.

El papel de la actividad física regular en el mantenimiento de la salud y en la prevención de la enfermedad y la discapacidad es evidente. La actividad física regular reduce el riesgo de enfermedad coronaria, cáncer del colon, diabetes y osteoporosis. También es benéfica para estabilizar el curso de la enfermedad crónica. Más aún, puede reducir el riesgo de sufrir caídas y sus consecuencias en la edad adulta.

Finalmente el 37.5% tuvieron una buena funcionalidad física y un menor riesgo de caídas, el 3.8% de adultos mayores tuvieron buena funcionalidad física y un alto riesgo de caídas.

**Tabla N° 12**

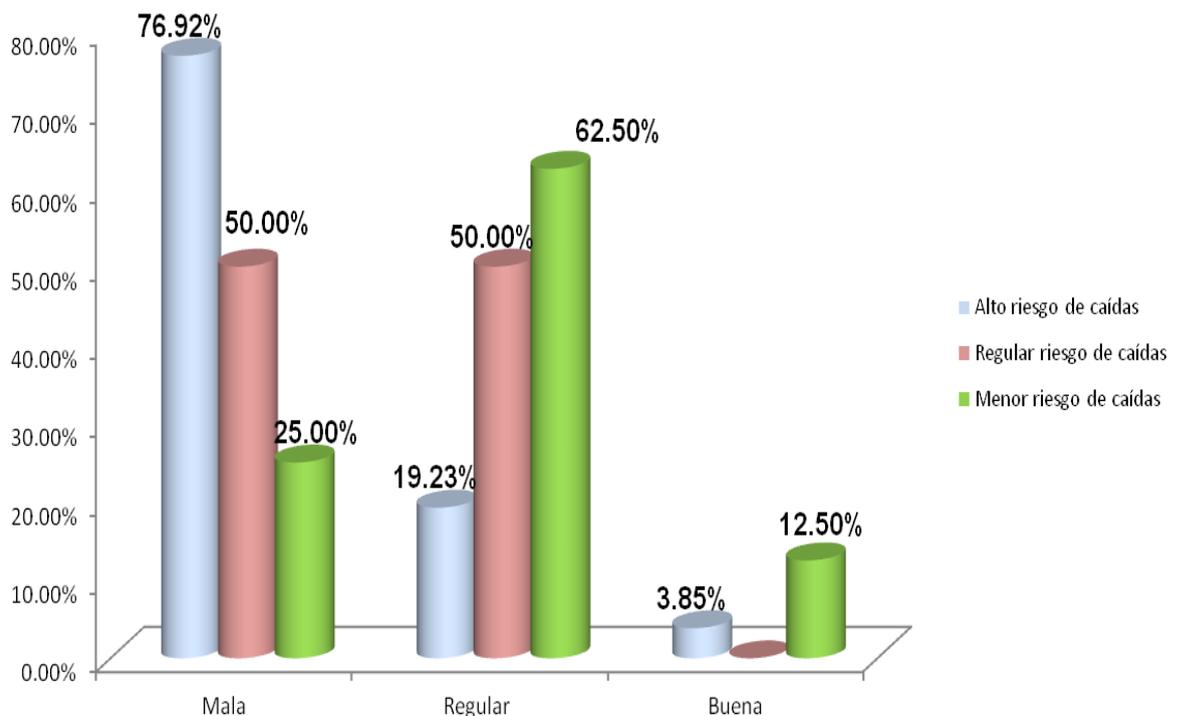
**Funcionalidad social y riesgo de caídas en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017**

		Riesgo de caídas					
		Alto riesgo de caídas		Regular riesgo de caídas		Menor riesgo de caídas	
		N	%	N	%	N	%
<b>Funcionalidad social</b>	Mala	20	76.92%	5	50.00%	2	25.00%
	Regular	5	19.23%	5	50.00%	5	62.50%
	Buena	1	3.85%	0	0.00%	1	12.50%
	<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100.00%</b>	<b>10</b>	<b>100.00%</b>	<b>8</b>	<b>100.00%</b>

**Fuente:** Matriz de datos

**Gráfico N° 12**

**Funcionalidad social y riesgo de caídas en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017**



**Fuente:** Matriz de datos

## INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En la tabla N°12 y grafico N°12, en la población estudiada el porcentaje de adultos mayores el 76.92% tuvo mala funcionalidad social y tuvieron alto riesgo de caídas, 50% tuvieron mala funcionalidad social y regular riesgo de caídas, el 25% de adultos mayores tuvieron mala funcionalidad social y con menor riesgo de caídas.

Asimismo se observa que el 62.5% tuvieron regular funcionalidad social y un menor riesgo de caídas, seguidamente de 50% de adultos mayores tuvieron una mala funcionalidad social y un alto riesgo de caídas, el 19.23% tuvieron regular funcionalidad social y un alto riesgo de caídas.

Por otra parte, es un poco más común la práctica regular de actividades manuales o artísticas en esta población, particularmente entre las mujeres quienes suelen aprovechar tales actividades para socializar, al aumentar la edad, dichas prácticas se tornan menos frecuentes que en la edad adulta, aun entre el sexo femenino, ya que tales actividades tienen además valor para preservar la salud en general.

Finalmente el 12.5% tuvieron una buena funcionalidad social y un menor riesgo de caídas, el 3.85% de adultos mayores tuvieron buena funcionalidad social y un alto riesgo de caídas.

**Tabla N° 13**

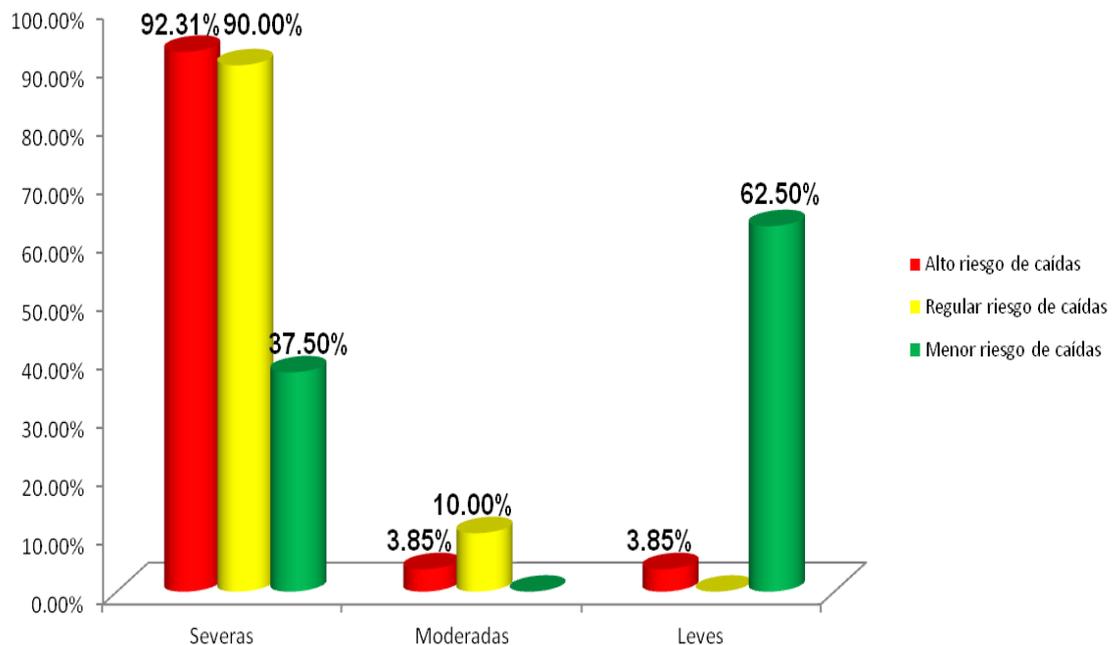
**Limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos y riesgo de caídas en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017**

		Riesgo de caídas					
		Alto riesgo de caídas		Regular riesgo de caídas		Menor riesgo de caídas	
		N	%	N	%	N	%
Limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos	Severas	24	92.31%	9	90.00%	3	37.50%
	Moderadas	1	3.85%	1	10.00%	0	0.00%
	Leves	1	3.85%	0	0.00%	5	62.50%
TOTAL		26	100.00%	10	100.00%	8	100.00%

**Fuente:** Matriz de datos

**Gráfico N° 13**

**Limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos y riesgo de caídas en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017**



**Fuente:** Matriz de datos

## INTERPRETACIÓN E ANÁLISIS

En la tabla N°13 y grafico N°13, en la población estudiada el porcentaje de adultos mayores el 92.31% tuvieron una severas limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos y tuvieron alto riesgo de caídas, 90% tuvieron severas limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos y regular riesgo de caídas, el 37.5% de adultos mayores tuvieron severas limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos y menor riesgo de caídas.

Asimismo se observa que el 10% tuvieron moderadas limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos y un regular riesgo de caídas, seguidamente un 3.85% de adultos mayores tuvieron unas moderadas limitaciones de problemas físicos y un alto riesgo de caídas.

Otras actividades que no requieren esfuerzo físico, pero promueven la actividad mental y su mantenimiento, tampoco suelen ser practicadas habitualmente por las personas pertenecientes a este grupo en estudio que son las caminatas o subir de arriba y abajo.

Finalmente el 62.5% tuvieron una leve limitación del rol atribuidos a problemas físicos y un menor riesgo de caídas, el 3.8% de adultos mayores tuvieron leve limitación del rol atribuidos a problemas físicos y alto riesgo de caídas, aunque el ocio y las actividades que se realizan en el tiempo libre son en sí mismos elementos destacados en la calidad de vida de las personas, y particularmente los mayores realizan muchas y muy diversas actividades de ocio.

Tabla N° 14

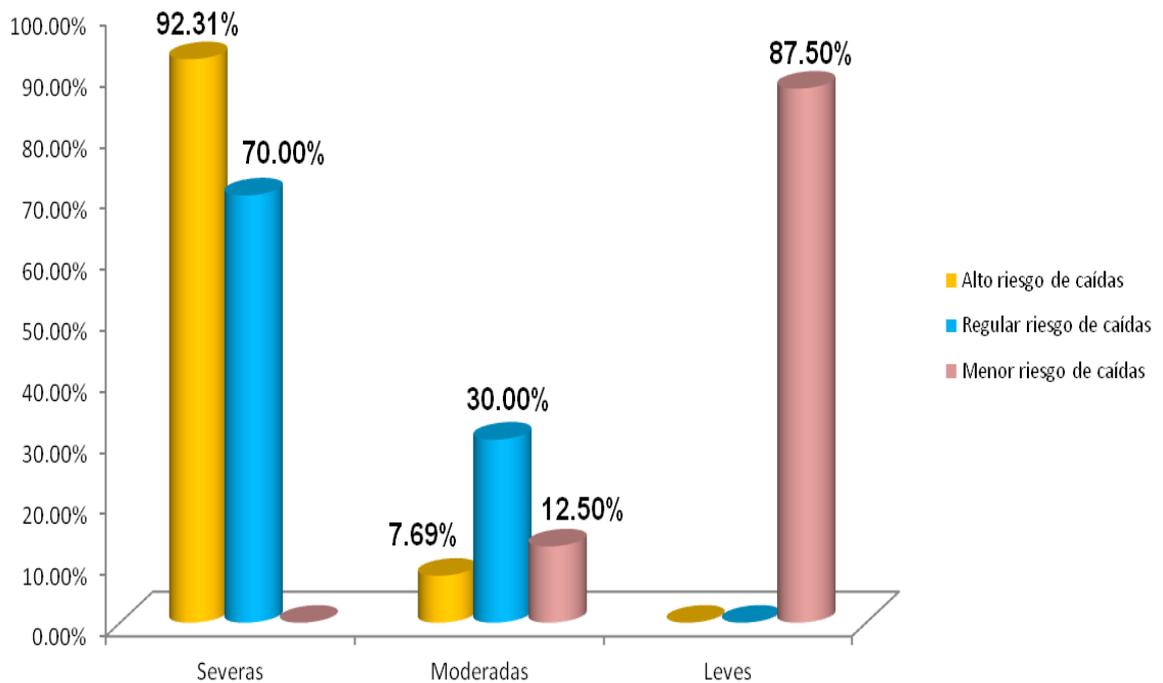
Limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales y riesgo de caídas en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017

Limitaciones del rol atribuidos del rol a problemas emocionales		Riesgo de caídas					
		Alto riesgo de caídas		Regular riesgo de caídas		Menor riesgo de caídas	
		N	%	N	%	N	%
Severas	Severas	24	92.31%	7	70.00%	0	0.00%
	Moderadas	2	7.69%	3	30.00%	1	12.50%
	Leves	0	0.00%	0	0.00%	7	87.50%
TOTAL		26	100.00%	10	100.00%	8	100.00%

Fuente: Matriz de datos

Gráfico N° 14

Limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales y riesgo de caídas en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017



Fuente: Matriz de datos

## INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En la tabla N°14 y grafico N°14, en la población estudiada el porcentaje de adultos mayores el 92.31% tuvieron una severa limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales y tuvieron alto riesgo de caídas, el 70% tuvieron severa limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales y regular riesgo de caídas.

Por otro lado tenemos que el 30% de adultos mayores tuvieron una moderada limitación del rol atribuidos a problemas emocionales y a su vez sufrieron un alto riesgo de caídas, un 7.69% de adultos mayores tuvieron una moderada limitación del rol atribuidos a problemas emocionales y un alto riesgo de caídas.

Las personas adultos mayores van construyendo su identidad particular única en la cotidianidad y esto afecta a su estado emocional, esto se refleja a que cada tiempo y situación son diferentes y los problemas emocionales son diferentes, estos resultados reflejan los problemas que tienen los adultos mayores en ansiedad, estrés, melancolía, etc.

Finalmente el 87.5% tuvieron leve limitación del rol atribuidos a problemas emocionales y un menor riesgo de caídas.

Tabla N° 15

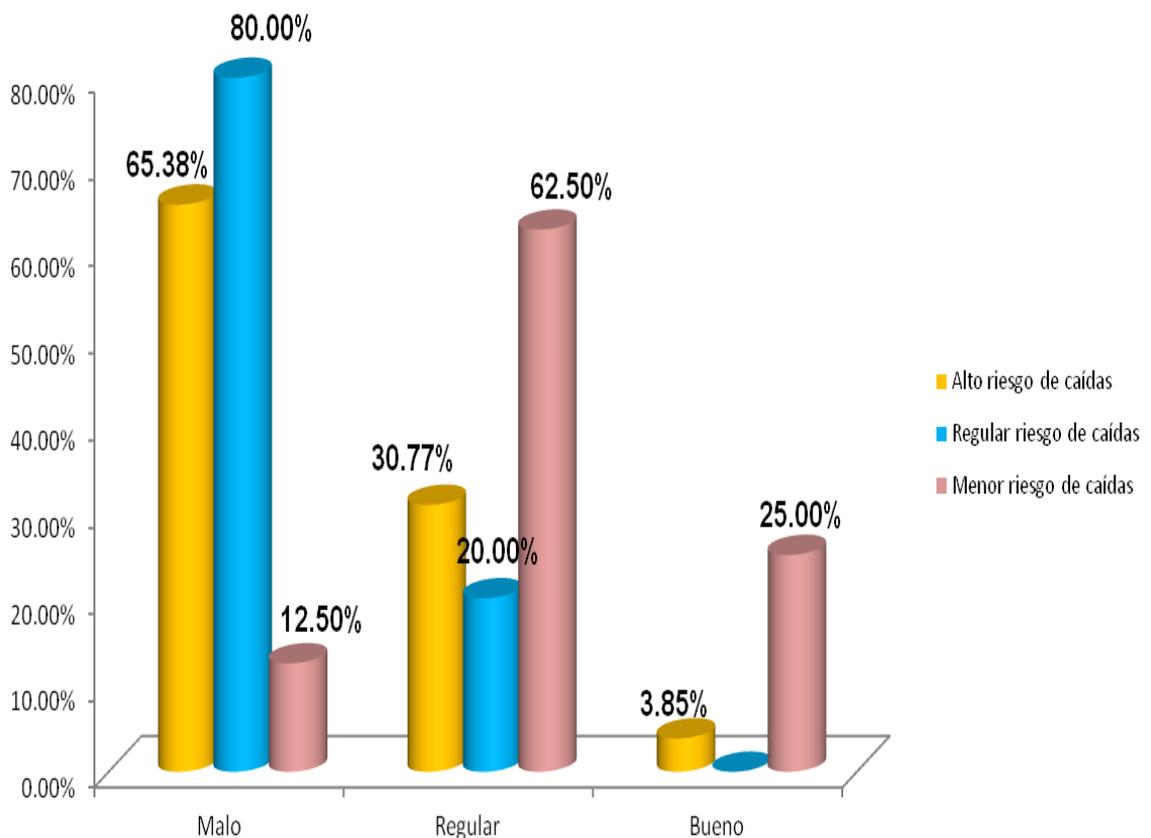
**Estado Mental y riesgo de caídas en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017**

		Riesgo de caídas					
		Alto riesgo de caídas		Regular riesgo de caídas		Menor riesgo de caídas	
		N	%	N	%	N	%
<b>Estado mental</b>	Malo	17	65.38%	8	80.00%	1	12.50%
	Regular	8	30.77%	2	20.00%	5	62.50%
	Bueno	1	3.85%	0	0.00%	2	25.00%
TOTAL		26	100.00%	10	100.00%	8	100.00%

Fuente: Matriz de datos

Gráfico N° 15

**Estado Mental y riesgo de caídas en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017**



Fuente: Matriz de datos

## INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En la tabla N°15 y grafico N°15, en la población estudiada el porcentaje de adultos mayores el 80% tuvieron un mal estado mental y tuvieron regular riesgo de caídas, 65.38% tuvieron mal estado mental y alto riesgo de caídas, el 80.0% de adultos mayores tuvieron un mal estado mental y con regular riesgo de caídas.

Asimismo se observa que el 62.5% tuvieron regular estado mental y un menor riesgo de caídas, el 30.77% tuvieron regular estado mental y un alto riesgo de caídas, asimismo un 20% de adultos mayores tuvieron regular estado mental y un regular riesgo de caídas.

El estado mental como la enfermedad depresiva es frecuentemente sistemática, subdiagnosticada, a pesar de que contribuye a minar de manera significativa la calidad de vida, no en vano la familia se constituye en el segundo dominio de la calidad de vida entre los mayores definida y evaluada espontáneamente y también influyen en el estado mental por que al verse solos y sin compañía se ven inmersos a una depresión en su hogar.

Finalmente el 25% tuvieron buen estado mental y un menor riesgo de caídas, el 3.8% de adultos mayores tuvieron buen estado mental y un alto riesgo de caídas.

Tabla N° 16

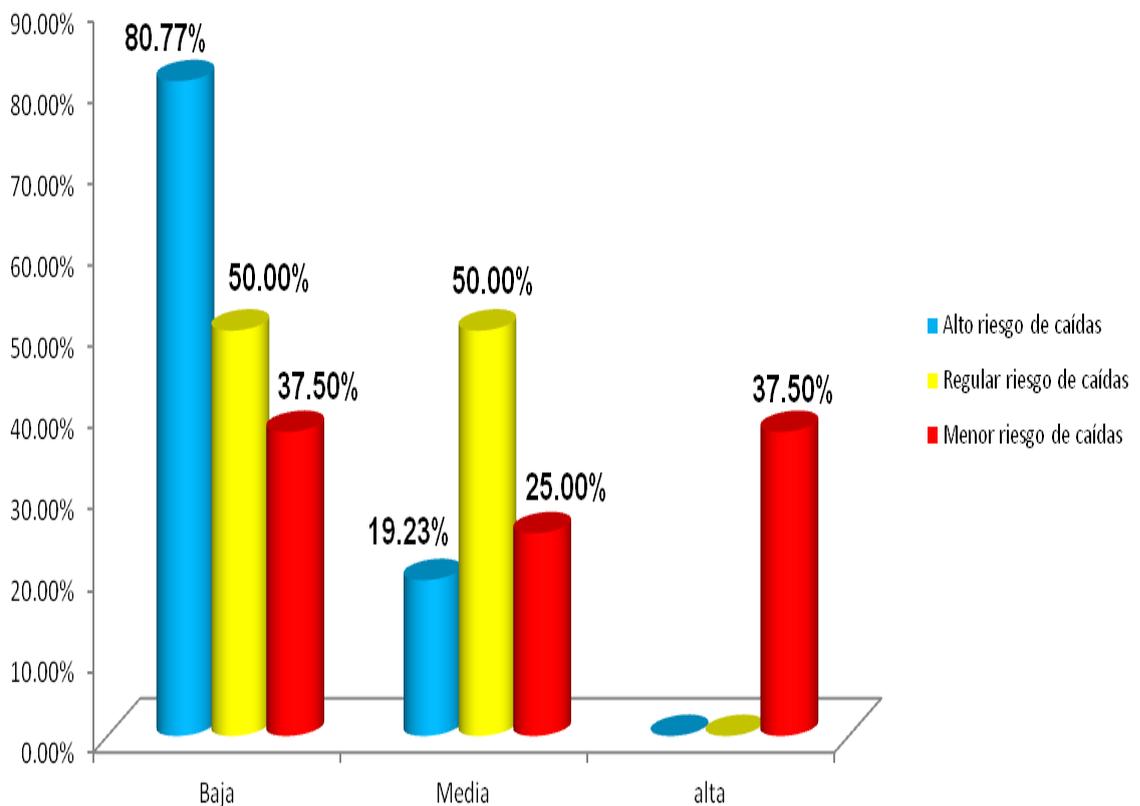
**Vitalidad y riesgo de caídas en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017**

		Riesgo de caídas					
		Alto riesgo de caídas		Regular riesgo de caídas		Menor riesgo de caídas	
		N	%	N	%	N	%
Vitalidad	Baja	21	80.77%	5	50.00%	3	37.50%
	Media	5	19.23%	5	50.00%	2	25.00%
	Alta	0	0.00%	0	0.00%	3	37.50%
TOTAL		26	100.00%	10	100.00%	8	100.00%

Fuente: Matriz de datos

Gráfico N° 16

**Vitalidad y riesgo de caídas en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017**



Fuente: Matriz de datos

## INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En la tabla N°16 y grafico N°16, en la población estudiada el porcentaje de adultos mayores el 80.77% no tuvieron baja vitalidad pero si alto riesgo de caídas, 50% tuvieron baja vitalidad con regular riesgo de caídas, el 37.5% de adultos mayores tuvieron baja vitalidad y menor riesgo de caídas.

Asimismo se observa que el 50% tuvieron media vitalidad con regular riesgo de caídas, el adulto mayor alcanza el sentido de aceptación de lo que ha sido de su vida, lo que le permite aceptar la finitud de su existencia. El 25% tuvieron una vitalidad media y un menor riesgo de caídas, el 19.23% de adultos mayores tuvieron una vitalidad media, y se relaciona con el alto riesgo de caídas, existen varios detalles significativos cuando una persona adulta comienza una dieta en base a abundantes frutas y vegetales tendrá mayor vitalidad.

Finalmente el 37.5% tuvieron alta vitalidad con un menor riesgo de caídas, los que ocasionan alta vitalidad son los que ocasionan cambios que suceden son los cambios psicológicos que ocasionan en el adulto una actitud de melancolía. Sentimientos como la depresión, manifestados a partir de cambios de humor o estado de ánimos que tienen en su vida diaria hacen que disminuyan la vitalidad.

**Tabla N° 17**

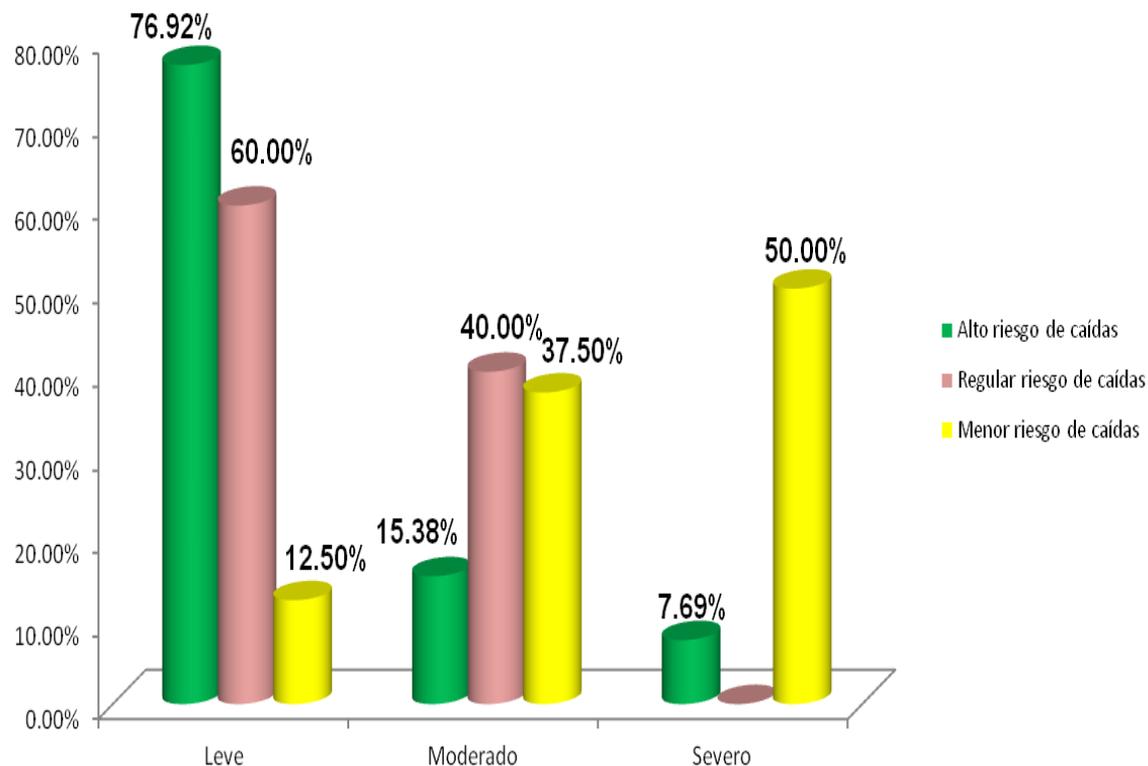
**Dolor y riesgo de caídas en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017**

		Riesgo de caídas					
		Alto riesgo de caídas		Regular riesgo de caídas		Menor riesgo de caídas	
		N	%	N	%	N	%
	Leve	20	76.92%	6	60.00%	1	12.50%
<b>Dolor</b>	Moderado	4	15.38%	4	40.00%	3	37.50%
	Severo	2	7.69%	0	0.00%	4	50.00%
	<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>100.00%</b>	<b>10</b>	<b>100.00%</b>	<b>8</b>	<b>100.00%</b>

**Fuente:** Matriz de datos

**Gráfico N° 17**

**Dolor y riesgo de caídas en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017**



**Fuente:** Matriz de datos

## INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En la tabla N°17 y grafico N°17, en la población estudiada el porcentaje de adultos mayores el 76.92% tuvo un dolor leve y con alto riesgo de caídas, 60% tuvieron un dolor leve con regular riesgo de caídas, un 12.5% de adultos mayores tuvieron un dolor leve con menor riesgo de caídas.

Asimismo se observa que el 40% tuvieron dolor moderado y con un regular riesgo de caídas, el 37.5% tuvieron un dolor moderado y con menor riesgo de caídas, el 15.38% de adultos mayores tuvieron un dolor moderado con alto riesgo de caídas.

El dolor son siempre recordados en la escala de los sentimientos y emociones a pesar de que siempre están presentes en la edad adulta. Sin entenderlos no se puede explicar el dolor que sufre el adulto mayor por problemas de enfermedades, y alguna discapacidad.

Finalmente el 50% tuvieron un dolor severo y esto con menor riesgo de caídas, al terminar la investigación se obtuvo el 7.69 % de adultos mayores tuvieron un dolor severo y con un alto riesgo de caídas.

**Tabla N° 18**

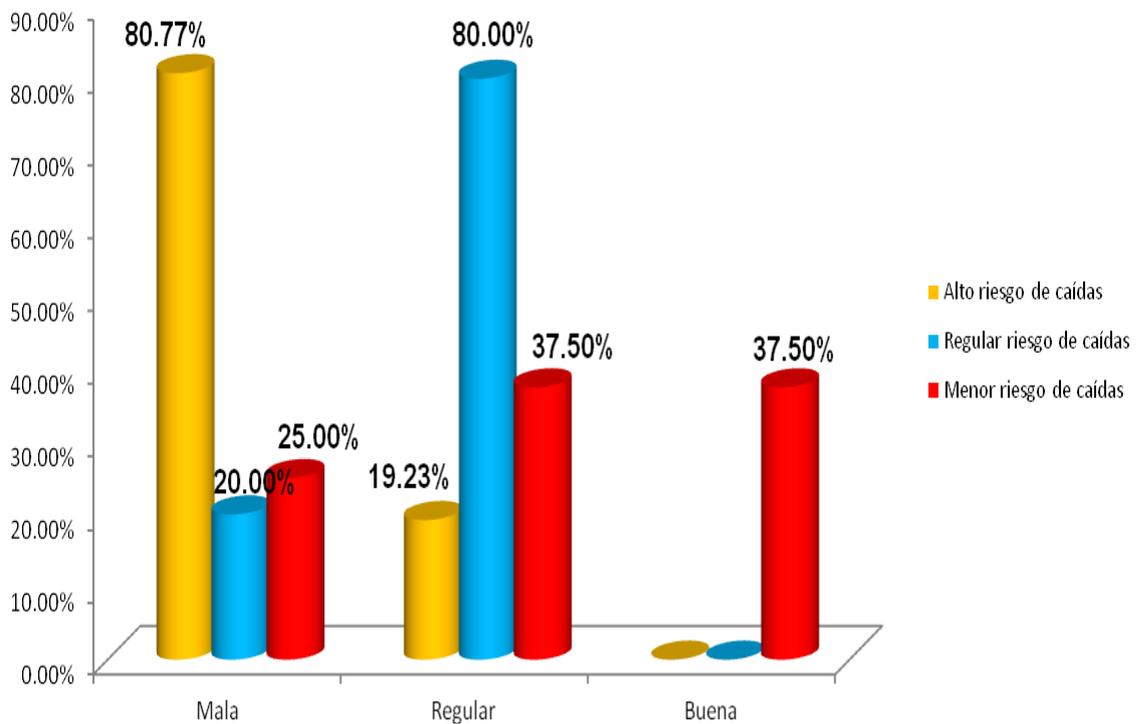
**Percepción de la salud en general y riesgo de caídas en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017**

		Riesgo de caídas					
		Alto riesgo de caídas		Regular riesgo de caídas		Menor riesgo de caídas	
		N	%	N	%	N	%
<b>Percepción de la salud general</b>	Mala	21	80.77%	2	20.00%	2	25.00%
	Regular	5	19.23%	8	80.00%	3	37.50%
	Buena	0	0.00%	0	0.00%	3	37.50%
TOTAL		26	100.00%	10	100.00%	8	100.00%

**Fuente:** Matriz de datos

**Gráfico N° 18**

**Percepción de la salud en general y riesgo de caídas en el adulto mayor en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017**



**Fuente:** Matriz de datos

## INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

En la tabla N°18 y grafico N°18, en la población estudiada el porcentaje de adultos mayores el 80.77% tuvo mala percepción de la salud en general con alto riesgo de caídas, 25% tuvieron mala percepción de la salud en general con menor riesgo de caídas, el 20% de adultos mayores tuvieron mala percepción de la salud en general con regular riesgo de caídas.

Asimismo se observa que el 80% tuvieron regular percepción de la salud en general con un regular riesgo de caídas, el 37.50% tuvieron regular percepción de la salud en general con menor riesgo de caídas, el 19.23% de adultos mayores tuvieron regular percepción de la salud en general con alto riesgo de caídas.

La percepción de la salud está estrechamente ligada a la situación real de la salud y la forma de vivir si están o no con sus familiares, y si acuden al centro de salud por cualquier mal que se les aqueja, de modo que se muestra como un indicador confiable, es decir quienes autoperciben su estado de salud como bueno, efectivamente gozan de una mejor salud y de una mejor calidad de vida que los demás.

Finalmente el 37.5% tuvieron buena percepción de la salud en general con un menor riesgo de caídas.

## CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

### PRUEBA DE LA HIPÓTESIS GENERAL MEDIANTE EL USO DE LA PRUEBA DE CHI CUADRADO DE PEARSON

#### a. Hipótesis estadística

**H<sub>0</sub>:** La calidad de vida no se relaciona con el riesgo de caídas del adulto mayor en el centro de salud Santa Adriana.

**H<sub>a</sub>:** La calidad de vida se relaciona con el riesgo de caídas del adulto mayor en el centro de salud Santa Adriana.

#### b. Nivel de significación

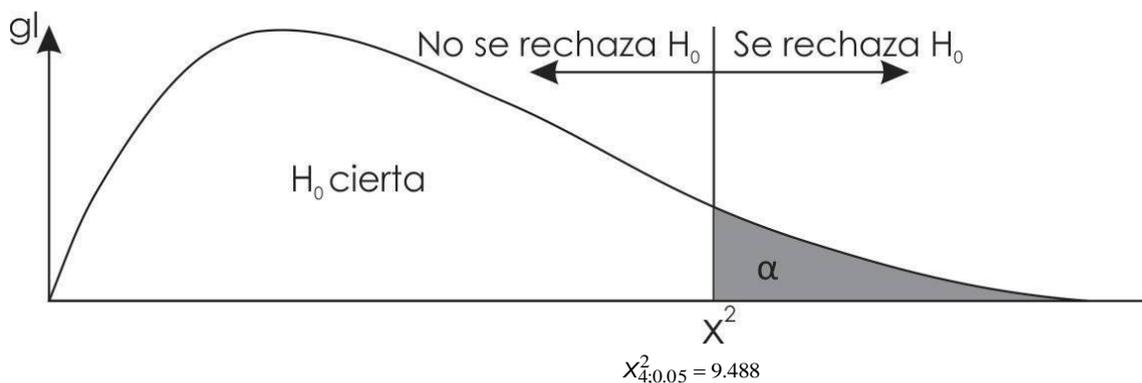
$$\alpha = 0.05$$

#### c. Prueba estadística

Se elige la prueba estadística observada, ya que los datos presentan por lo menos en escala nominal, y presentan categorías.

$$X^2 = \sum_{i=1}^f \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}} = 16.66$$

#### d. Región Crítica



### e. Decisión

Dado  $X_c^2 = 16.66 > X_t^2 = 9.48$  se rechaza la hipótesis  $H_0$  y se acepta la  $H_a$ , se concluye estadísticamente que la calidad de vida se relaciona con el riesgo de caídas del adulto mayor en el centro de salud Santa Adriana.

## PRUEBA DE LA HIPÓTESIS PARA EL OBJETIVO ESPECIFICO 3 MEDIANTE EL USO DE LA PRUEBA DE CHI CUADRADO DE PEARSON

Respecto a la dimensión de funcionalidad física.

### a. Hipótesis estadística

$H_0$ : La funcionalidad física no se relaciona con el riesgo de caídas del adulto mayor en el centro de salud Santa Adriana.

$H_a$ : La funcionalidad física se relaciona con el riesgo de caídas del adulto mayor en el centro de salud Santa Adriana.

### b. Nivel de significación

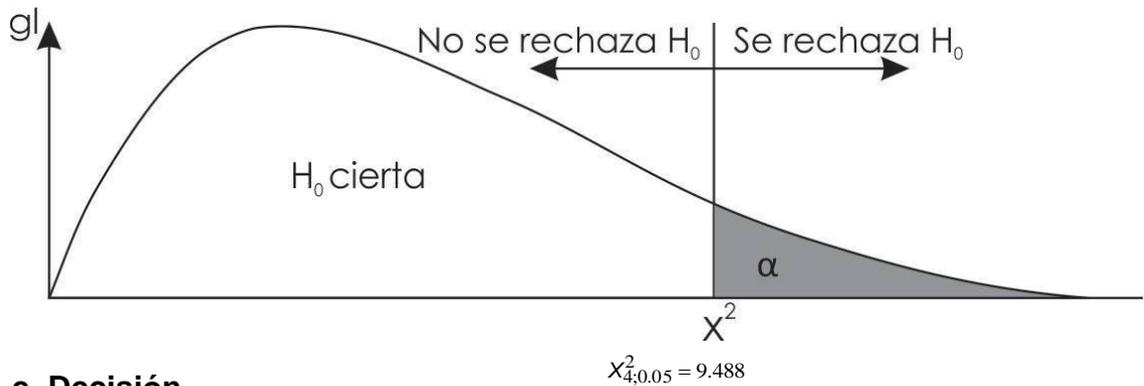
$$\alpha = 0.05$$

### c. Prueba estadística

Se elige la prueba estadística observada, ya que los datos presentan por lo menos en escala nominal, y presentan categorías.

$$X^2 = \sum_{i=1}^f \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}} = 10.80$$

#### d. Región Crítica



#### e. Decisión

Dado  $X_c^2 = 10.80 > X_t^2 = 9.48$  se rechaza la hipótesis  $H_0$  y se acepta la  $H_a$ , se concluye estadísticamente la funcionalidad física se relaciona con el riesgo de caídas del adulto mayor en el centro de salud Santa Adriana.

### Respecto a la dimensión de funcionalidad social

#### a. Hipótesis estadística

**H<sub>0</sub>:** La funcionalidad social no se relaciona con el riesgo de caídas del adulto mayor en el centro de salud Santa Adriana.

**H<sub>a</sub>:** La funcionalidad social se relaciona con el riesgo de caídas del adulto mayor en el centro de salud Santa Adriana.

#### b. Nivel de significación

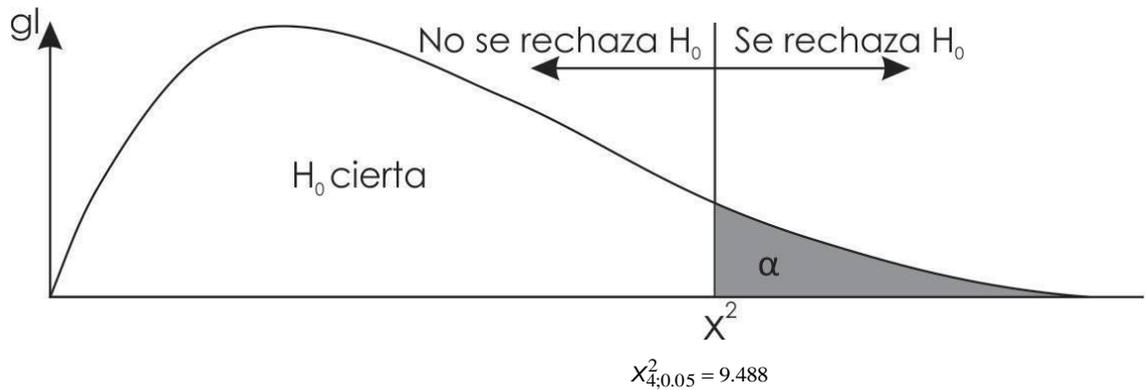
$$\alpha = 0.05$$

#### c. Prueba estadística

Se elige la prueba estadística observada, ya que los datos presentan por lo menos en escala nominal, y presentan categorías.

$$X^2 = \sum_{i=1}^f \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}} = 8.87$$

#### d. Región Crítica



#### e. Decisión

Dado  $X^2_c = 8.87 < X^2_t = 9.48$  se rechaza la hipótesis  $H_a$  y se acepta la  $H_0$ , se concluye estadísticamente la funcionalidad social se relaciona con el riesgo de caídas del adulto mayor en el centro de salud Santa Adriana.

#### Respecto a la dimensión de limitaciones del rol atribuido a problemas físicos.

##### a. Hipótesis estadística

**$H_0$ :** Las limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos no se relaciona con el riesgo de caídas del adulto mayor en el centro de salud Santa Adriana.

**$H_a$ :** Las limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos se relaciona con el riesgo de caídas del adulto mayor en el centro de salud Santa Adriana.

##### b. Nivel de significación

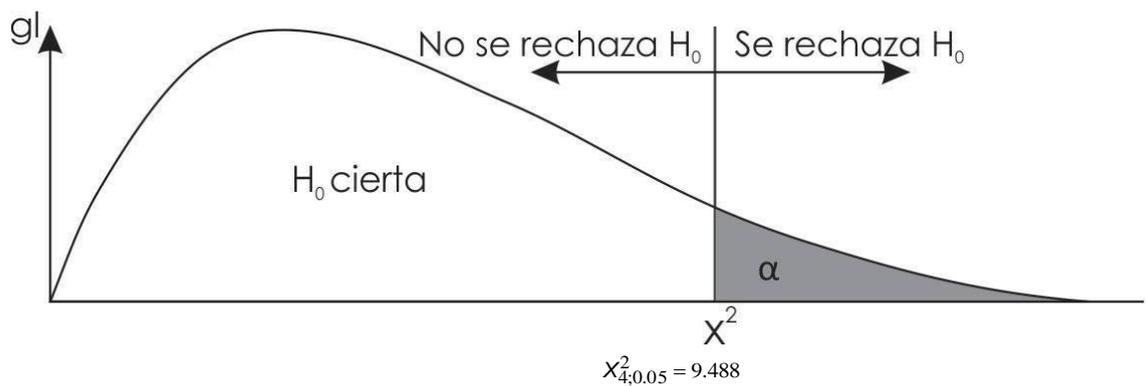
$$\alpha = 0.05$$

### c. Prueba estadística

Se elige la prueba estadística observada, ya que los datos presentan por lo menos en escala nominal, y presentan categorías.

$$X^2 = \sum_{i=1}^f \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}} = 20.59$$

### d. Región Crítica



### e. Decisión

Dado  $X^2_c = 20.59 > X^2_t = 9.48$  se rechaza la hipótesis  $H_0$  y se acepta la  $H_a$ , se concluye estadísticamente que las limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos se relaciona con el riesgo de caídas del adulto mayor en el centro de salud Santa Adriana.

**Respecto a la dimensión de limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales.**

#### a. Hipótesis estadística

$H_0$ : Las limitaciones del rol atribuidos a problemas a problemas emocionales no se relaciona con el riesgo de caídas del adulto mayor en el centro de salud Santa Adriana.

**H<sub>a</sub>:** Las limitaciones del rol atribuidos a problemas a problemas emocionales se relaciona con el riesgo de caídas del adulto mayor en el centro de salud Santa Adriana.

**b. Nivel de significación**

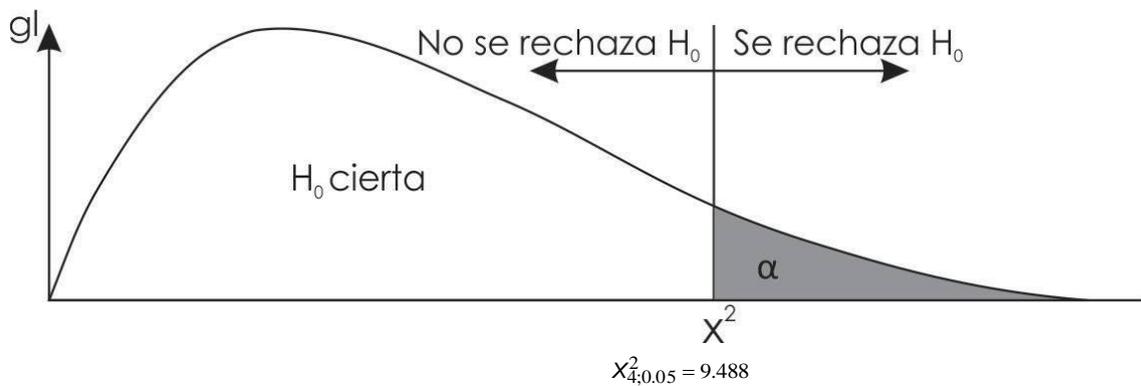
$$\alpha = 0.05$$

**c. Prueba estadística**

Se elige la prueba estadística observada, ya que los datos presentan por lo menos en escala nominal, y presentan categorías.

$$X^2 = \sum_{i=1}^f \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}} = 41.54$$

**d. Región Crítica**



**e. Decisión**

Dado  $X^2_c = 41.54 > X^2_t = 9.48$  se rechaza la hipótesis  $H_0$  y se acepta la  $H_a$ , se concluye estadísticamente que las limitaciones del rol atribuidos a problemas a problemas emocionales se relaciona con el riesgo de caídas del adulto mayor en el centro de salud Santa Adriana.

## Respecto a la dimensión de estado mental

### a. Hipótesis estadística

**H<sub>0</sub>:** El estado mental no se relaciona con el riesgo de caídas del adulto mayor en el centro de salud Santa Adriana.

**H<sub>a</sub>:** El estado mental se relaciona con el riesgo de caídas del adulto mayor en el centro de salud Santa Adriana.

### b. Nivel de significación

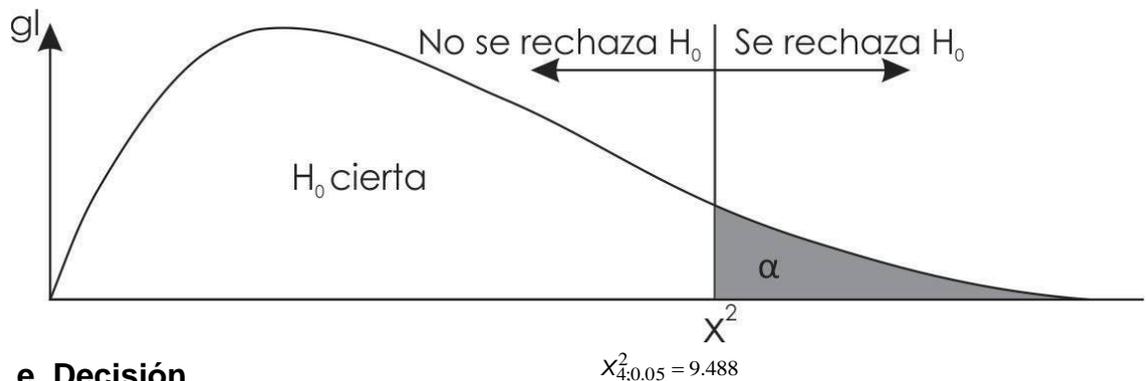
$$\alpha = 0.05$$

### c. Prueba estadística

Se elige la prueba estadística observada, ya que los datos presentan por lo menos en escala nominal, y presentan categorías.

$$X^2 = \sum_{i=1}^f \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}} = 11.31$$

### d. Región Crítica



### e. Decisión

Dado  $X^2_c = 11.31 > X^2_t = 9.48$  se rechaza la hipótesis  $H_0$  y se acepta la  $H_a$ , se concluye estadísticamente que el estado mental se relaciona con el riesgo de caídas del adulto mayor en el centro de salud Santa Adriana.

## Respecto a la dimensión Vitalidad

### a. Hipótesis estadística

**H<sub>0</sub>:** La vitalidad no se relaciona con el riesgo de caídas del adulto mayor en el centro de salud Santa Adriana.

**H<sub>a</sub>:** La vitalidad se relaciona con el riesgo de caídas del adulto mayor en el centro de salud Santa Adriana.

### b. Nivel de significación

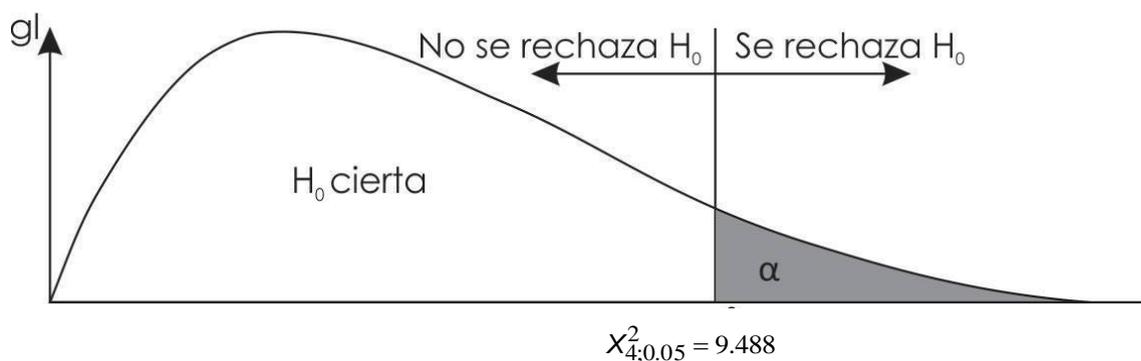
$$\alpha = 0.05$$

### c. Prueba estadística

Se elige la prueba estadística observada, ya que los datos presentan por lo menos en escala nominal, y presentan categorías.

$$X^2 = \sum_{i=1}^f \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}} = 18.26$$

### d. Región Crítica



### e. Decisión

Dado  $X^2_c = 18.26 > X^2_t = 9.48$  se rechaza la hipótesis H<sub>0</sub> y se acepta la

H<sub>a</sub>, se concluye estadísticamente que la vitalidad se relaciona con el riesgo de caídas del adulto mayor en el centro de salud Santa Adriana.

## Respecto a la dimensión dolor

### a. Hipótesis estadística

$H_0$ : El dolor no se relaciona con el riesgo de caídas del adulto mayor en el centro de salud Santa Adriana.

$H_a$ : El dolor se relaciona con el riesgo de caídas del adulto mayor en el centro de salud Santa Adriana.

### b. Nivel de significación

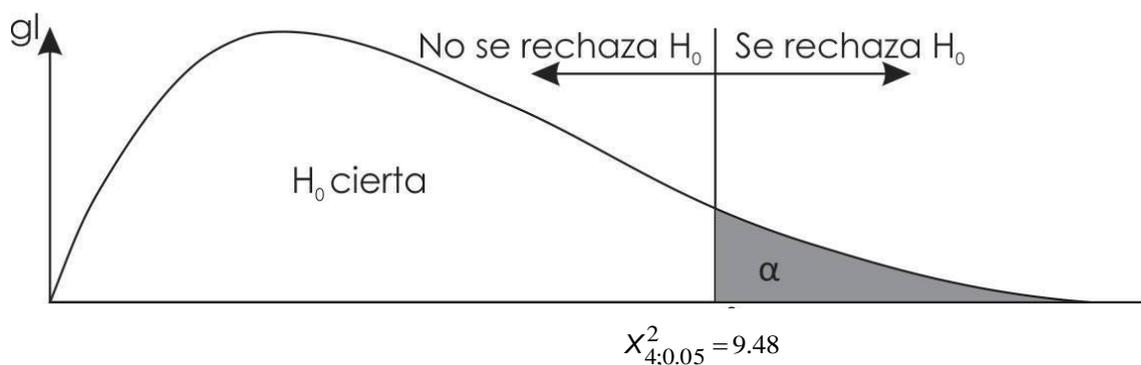
$$\alpha = 0.05$$

### c. Prueba estadística

Se elige la prueba estadística observada, ya que los datos presentan por lo menos en escala nominal, y presentan categorías.

$$X^2 = \sum_{i=1}^f \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}} = 16.29$$

### d. Región Crítica



### e. Decisión

Dado  $X^2_c = 16.29 > X^2_t = 9.48$  se rechaza la hipótesis  $H_0$  y se acepta la

$H_a$ , se concluye estadísticamente que el dolor se relaciona con el riesgo de caídas del adulto mayor en el centro de salud Santa Adriana.

## Respecto a la dimensión percepción de la salud en general

### a. Hipótesis estadística

**H<sub>0</sub>:** La percepción de la salud en general no se relaciona con el riesgo de caídas del adulto mayor en el centro de salud Santa Adriana.

**H<sub>a</sub>:** La percepción de la salud en general se relaciona con el riesgo de caídas del adulto mayor en el centro de salud Santa Adriana.

### b. Nivel de significación

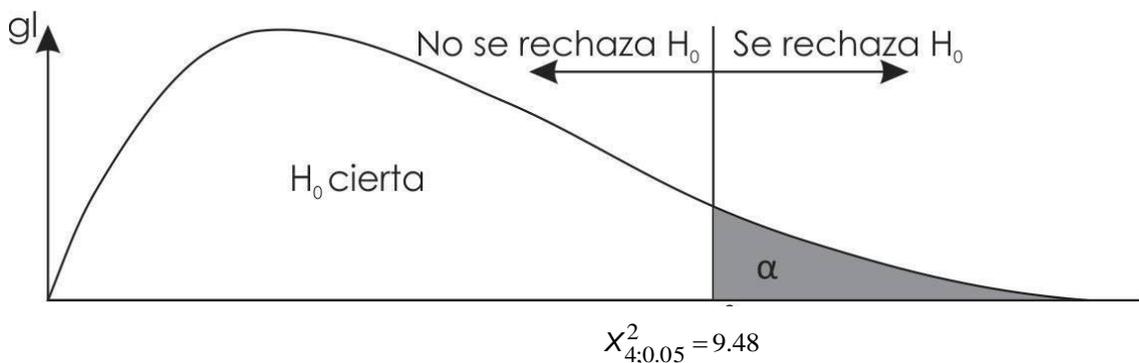
$$\alpha = 0.05$$

### c. Prueba estadística

Se elige la prueba estadística observada, ya que los datos presentan por lo menos en escala nominal, y presentan categorías.

$$X^2 = \sum_{i=1}^f \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}} = 27.27$$

### d. Región Crítica



### e. Decisión

Dado  $X^2_c = 27.27 > X^2_t = 9.48$  se rechaza la hipótesis H<sub>0</sub> y se acepta la

H<sub>a</sub>, se concluye estadísticamente que la percepción de la salud en general se relaciona con el riesgo de caídas del adulto mayor en el centro de salud Santa Adriana.

## 5.2. DISCUSIÓN

Nuestros resultados muestran que existe un 77.3% de adultos mayores que tuvieron una mala calidad de vida, un 13.6% de adultos mayores tuvieron una regular calidad de vida, y finalmente un 9.1% tuvieron una buena calidad de vida. de igual manera en el riesgo de caída un 59.1% de adultos mayores tuvieron alto riesgo de caídas, un 22.7% tuvieron un regular riesgo de caídas, finalmente un menor riesgo de caídas en un 18.2%.

Esto es corroborado por los investigadores Alfaro, L.; Jennyfer, J.; Castillo, F.; Villa, E. quienes encontraron resultados parecidos y fueron los siguientes: con respecto al perfil de calidad de vida el 83% de los adultos mayores presentan calidad de vida promedio. Es decir, en la dimensión bienestar emocional presentó el 71,4%, en la dimensión de relaciones interpersonales el 64,3%, en la dimensión bienestar material 92%, en la dimensión desarrollo personal 77%, en la dimensión bienestar físico 55%, en la dimensión de inclusión social 74,1%, evidencian calidad de vida promedio. En la dimensión autodeterminación el 61,6 % tiene bajo nivel de calidad de vida y, en la dimensión derecho, presenta calidad de vida mayor al promedio con 79%.<sup>(9)</sup>

De igual manera Quiñones J.G. encontró resultados parecidos que el 63,3% es de sexo femenino y 36,7% sexo masculino. La edad promedio de los adultos mayores es de 76,8 años, el 70% presentan un riesgo alto de caída, y un 30% riesgo bajo; el nivel de riesgo de caída según grupo de edad son de mayores porcentajes: en riesgo bajo con 58,3% al grupo de 60 a 71 años, en el riesgo alto con 42,9% al grupo de 72 a 81 años y en el grupo de edad de 93 a

102 años no hay riesgo de caída bajo; los factores con mayor influencia en el riesgo de caída son la toma de medicamentos con 87% y déficit sensorial con 79%, siendo el de menor influencia, estado mental con 6%.: Se concluye que el nivel de riesgo de caídas del adulto mayor en el Hospital Geriátrico de la Policía “San José” enero 2017, es un alto riesgo de caídas Los factores con mayor influencia son la toma de medicamentos y los déficits sensoriales, y esto es resultado es lo mismo que se halló en el presente trabajo de investigación <sup>(10)</sup>

De igual manera Millán I. (2010) encontró resultados similares que el 50,5% de los hombres y el 43,3% de las mujeres no se cuidan adecuadamente, existe un déficit de auto cuidado cognoscitivo-perceptivo en el 46,7%, un 9,8% tienen déficit parcial y 5,6% déficit total. De los 121 pacientes cuyo nivel de auto cuidado es inadecuado el 75,2% son independientes y el 63,6% perciben su estado de salud aparentemente sano. <sup>(7)</sup>

En la funcionalidad física existe un 72.73% de adultos mayores tuvieron una mala funcionalidad física esto quiere decir que estos adultos mayores realizan poco ejercicio en su vida diaria, un 18.18% una regular funcionalidad social, por ultimo un 9.09% una buena funcionalidad física. Un 61.36% tuvieron un mala funcionalidad social, 34.09% una regular funcionalidad social, 4.55% de adultos mayores tuvieron una buena funcionalidad social.

Por otro lado el investigador Jordán encontró resultados parecidos y que el estado del equilibrio y la marcha de los adultos mayores es representada por el 63% que simboliza el grado de dependencia leve (independientes) y el 69% el estado de salud (sanos). El riesgo de caída en los adultos mayores se presenta

en el 50% de la población y sólo el 5% tiene menor riesgo de caer; además según la evaluación de la escala de Tinetti el equilibrio y la marcha en el adulto mayor no presentan puntuaciones bajas al contrario se encuentra en la gradiente de adaptado 50%, 45% gradiente anormal, 5% gradiente normal. El valor obtenido según la prueba de chi-cuadrado es menor de 0.05 por lo que se concluye que se acepta la hipótesis que el equilibrio y marcha de los adultos mayores según la evaluación de la escala de Tinetti presentan una alteración leve. <sup>(8)</sup>

Por otro lado el 81.82% de adultos mayores tuvieron unas severas limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos, 13.64% tuvieron leves, limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos, 4.55% tuvieron moderadas limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos.

Asimismo el 70.45% tuvieron severas limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales, 15.91% tuvieron leves limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales, 13.64% de adultos mayores tuvieron moderadas limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales. En el estado mental el 59.09% tuvieron un estado mental malo, un 34.09% tuvieron un estado mental regular, 6.82% de adultos mayores tuvieron un estado mental bueno.

Con referente a la vitalidad el 65.91% tuvieron baja vitalidad, seguidamente un 27.27% tuvieron una vitalidad regular, un 6.82% tuvieron una vitalidad alta.

Respecto al dolor en el adulto mayor se puede afirmar que el 61.36% tuvieron dolor leve, seguido de un dolor moderado en un 25%, y finalmente un 13.64% un dolor severo.

Por otro lado el investigador Ramírez L.M. encontró resultados parecidos que el 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. <sup>(11)</sup>

De igual manera el 56.82% tuvieron una mala percepción de la salud en general, un 36.36% tuvieron una regular percepción de la salud en general, y por ultimo existe un 6.82% tuvieron una buena percepción de la salud en general.

De igual manera Castiblanco, M. A. y Fajardo, E. encontró resultados que el adulto mayor presentó adecuada capacidad y percepción de auto cuidado en las siguientes categorías: actividad física, alimentación, medicación, adicciones y hábitos tóxicos. No se evidenció déficit de auto cuidado, debido a que el estudio demostró en esta categoría el mayor porcentaje y la calificación más alta. <sup>(6)</sup>

## CONCLUSIONES

- Existe relación inversa entre la calidad de vida y el riesgo de caídas en el adulto mayor del centro de salud Santa Adriana.
- Existe una mala funcionalidad física, mala funcionalidad social, malas limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos, malas limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales, estado mental malo, nunca tuvieron Vitalidad, tuvieron un dolor leve, y finalmente existe una mala percepción de la salud en general en adultos mayores del Centro de Salud Santa Adriana.
- Se concluye que existe un alto riesgo de caídas en adultos mayores del centro de salud Santa Adriana.
- Existe una relación inversa entre la funcionalidad física, social, limitaciones del rol a atributos a problemas físicos, emocionales, estado mental, Vitalidad, dolor y percepción de la salud en general con el riesgo de caídas en adultos mayores.

## RECOMENDACIONES

- Recomendamos al Centro de Salud, que brinde sesiones implementando programas educativos sobre prácticas adecuadas de la calidad de vida de adultos mayores con sesiones educativas que puede realizarse cada 15 días en coordinación con el Ministerio de salud para que faciliten la participación de profesionales en el área, de tal forma que mejoren su calidad de vida realizando actividades físicas de acuerdo a su edad para que tengan una actividad física por lo tanto se adecuaran a su vida cotidiana.
- Recomendamos al Centro de Salud que realicen programas de prevención y sensibilización acerca del riesgo de caídas en el adulto mayor para poder de alguna forma prevenir dicha enfermedad que la gran mayoría sufre en esta etapa de vida,
- Se recomienda al Centro de Salud incentivar actividades sociales como reuniones, cenas, caminatas, paseos con grupos sociales para que así mejoren su interrelación con las personas dentro y fuera de su hogar.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. OMS. Envejecimiento. [Online].; 2012 [citado 5 Enero 2017]. Disponible en [https://www.google.com.pe/?gws\\_rd=ssl#q=oms](https://www.google.com.pe/?gws_rd=ssl#q=oms).
2. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2015.
3. Silva ZA, Gómez A. Factores de riesgo de caídas en ancianos: revisión sistemática. Revista de Saúde Pública. 2008; 42(5): p. 946-956.
4. INEI. ESTADÍSTICAS POBLACIONES. [Online].; 2014 [citado 12 Febrero 2017]. Disponible en [www.inei.gob.pe](http://www.inei.gob.pe).
5. Galvan Y, Moreno Y, Gonzáles A. El síndrome de caídas y la calidad de vida relacionada con la salud en el adulto mayor. Asociación latinoamericana de profesores de medicina familiar A.C. 2010 Marzo ; 12(1): p. 17-24.
6. Castiblanco MA, Fajardo E. Capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor del programa Centro día/vida, Ibagué, Colombia. Salud uninorte barranquilla. 2017 ; 33(1).
7. Milán I. Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. Revista cubana. 2010; 26(4).
8. Jordan E. Evaluación del equilibrio y marcha como factores de riesgo en las caldas del adulto mayor del centro gerontológico San Francisco de Asís. Cusco- 2012. [Tesis de grado]. Cusco : Universidad Nacional de San Antonio Abab del cusco , Cusco ; 2012.
9. Alfaro L, Jennyfer J, Castillo F, Villa E. Perfil de calidad de vida del adulto mayor de los Centros del Adulto Mayor en los distritos de chaclacayo y chosica,Lima,Perú,2014. Revista de investigación universitaria. 2014; 4(2).
10. Quiñonez JG. Riesgo de caídas en los pacientes adultos mayores del Hospital Geriátrico de la Policía San José, 2016. [Tesis de grado]. Lima : Universidad Nacional Mayor de San Marcos ; 2017.
11. Ramirez LM. 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 de grado]. Ica: Universidad Privada San Juan Bautista Filial Ica, Ica; 2017.
12. Quispe NJ, Toledo NR. Factores que se relacionan con el riesgo de caídas en pacientes hospitalizados del hospital Carlos Monge Medrano Juliaca de julio – octubre del 2015. [Tesis de grado]. Juliaca: Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, Puno; 2016.
  13. Pérez G, De-Juanas Á. Calidad de vida en personas adultas y mayores Madrid ; 2013.
  14. Schalock RI, Verdugo Má. El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos de personas con discapacidad intelectual. revista española sobre discapacidad intelectual. 2007;: p. 21-36.
  15. Rojo F, Fernández G. calidad de vida y envejecimiento:la visión de los mayores sobre sus condiciones de vida Madrid: fundacion BBVA; 2011.
  16. Verdugo MA, Rodriguez A. Guía F de Intervención y Apoyo a Familias de Personas con Discapacidad Andalucía: Dirección General de Persona con Discapacidad.; 2011.
  17. Sánchez I, Ferrero A, Aguilar JJ, Climent JM, Conejero JA, Flórez MT, et al. Manual SERMEF de rehabilitacion y medicina Física Buenos aires: Médica panamericana; 2008.
  18. Rodriguez M, Nuñez A. Aproximacion teorica sobre la fatiga y el sobreentrenamiento Buenos aires; 2010.
  19. Morales F. Temas Prácticos en geriatría y gerontología San José: Editorial Universidad estatal a distancia ; 2007.
  20. Hernandez R, Fernandez C, Baptista Mdp. Metodología de la investigación Mexico: Publicaiones McGraw-Hill Interamericana; 2014.
  21. Charaja F. El MAPIC en la metodología de la investigación. segunda edición ed. Puno: Sagitario impresores; 2011.
  22. Carrasco S. Metodología de la investigación científica Lima: San Marcos ; 2015.

23. Valderrama S, León LR. Pasos para elaborar proyectos y tesis de investigación científica Lima: San Marcos; 2009.
24. Ibañez V. Estadística aplicada a la educación PUno: Edición Universitaria; 2007.
25. Arias FG. El proyecto de investigación introducción a la metodología científica. Sexta ed. Caracas: Ediciones el pasillo ; 2012.

# **Anexos**

## ANEXO 1 : CARTA DE PRESENTACIÓN

Juliaca, 22 de Diciembre 2017

Señor Doctor

**Juan Gualberto Trelles Yenque**

Decano de la Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud

Universidad Alas Peruanas

**Asunto: Carta presentación del proyecto titulado "RELACION ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y RIESGO DE CAIDAS DEL ADULTO MAYOR ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA, JULIACA – 2017.**

Respetado Doctor Trelles.

Mediante la presente presento mi trabajo de Investigación para su Aprobación e Inscripción y Autorización de Ejecución del Desarrollo de Tesis.

Para lo cual me comprometo a:

1. Realizar la investigación en el tiempo estipulado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad, así como cumplir con la entrega de los informes de avance (parcial y final) para su revisión por el comité evaluador.
2. Autorizar la publicación del producto o procesos de investigación/creación terminados, en espacios pertinentes para su valoración, así como en el Repositorio de la Universidad.
3. Anexar a esta investigación el acta o las cartas de participación de las instituciones vinculadas al proyecto.
4. Cumplir con las consideraciones Éticas de Helsinki y Nüremberg, así como garantizar las normas éticas exigidas por la aplicación de formatos de Consentimiento y/o Asentimiento Informado que requiera la investigación.

Además declaro:

1. Que es un trabajo de investigación es original.
2. Que son titulares exclusivos de los derechos patrimoniales y morales de autor.
3. Que los derechos sobre el manuscrito se encuentran libres de embargo, gravámenes, limitaciones o condiciones (resolutorias o de cualquier otro tipo), así como de cualquier circunstancia que afecte la libre disposición de los mismos.
4. Que no ha sido previamente publicado en otro medio.
5. Que no ha sido remitido simultáneamente a otra publicación.
6. Que todos los colaboradores han contribuido intelectualmente en su elaboración.

Cordialmente.

**MAYRA GLENDA YERBA ARI**

**Cod. 2011221036**

**Facultad MHyCS**

**EP. De Tecnología Médica**

## ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: \_\_\_\_\_,  
identificado con el DNI: \_\_\_\_\_, estoy de acuerdo a  
participar en la investigación titulada: **“RELACIÓN ENTRE LA  
CALIDAD DE VIDA Y EL RIESGO DE CAÍDAS DEL ADULTO MAYOR  
ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA, JULIACA  
2017”**.

La información obtenida a partir de sus respuestas en el cuestionario  
tendrá un carácter eminentemente confidencial, de tal manera que su  
nombre no se hará público por ningún medio.

Se me ha explicado que:

La investigación a realizarse será útil por el aporte social para dar  
soluciones a los problemas sobre los riesgos de caídas, y servirán como  
propuesta para fortalecer los programas del adulto mayor (ampliando los  
programas con el seguimiento oportuno).

En la actualidad existe riesgo de caídas por parte del adulto mayor, que  
es uno de los principales problemas que afecta a nuestra salud, lo  
cual acepto y reconozco.

Mi participación es voluntaria ya que se me ha explicado  
minuciosamente los objetivos del estudio, para lo cual firmo este  
consentimiento informado.

A los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del 2017

**ANEXO 3: SOLICITO AL GERENTE DEL CENTRO DE SALUD CLAS SANTA ADRIANA.**

**"Año del buen servicio al ciudadano"**

**SOLICITO:** Permiso para recopilación de información para fines investigativos.

**SEÑOR GERENTE DEL CENTRO DE SALUD CLAS SANTA ADRIANA  
DOCTOR ALEX GÓMEZ PACORICONA**

Mayra Glenda Yerba Ari, Identificada con DNI N°75904458 con domicilio en el Jr. Luis de la Fuente N° 159 de la ciudad de Juliaca.

Ante Ud. respetuosamente me presento y digo:

Yo como bachiller de la Escuela Profesional de Tecnología Médica de la Universidad Alas Peruanas filial Juliaca, me dirijo a su persona para solicitarle permiso para ejecutar el trabajo de investigación que consistirá en el recojo de información de los adultos mayores del centro de salud CLAS Santa Adriana cuya investigación lleva como título: **"RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y EL RIESGO DE CAÍDAS DEL ADULTO MAYOR ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA, JULIACA 2017"**.

En harás de fortalecer y contribuir con la investigación ruego a su persona acceder a dicha solicitud

**POR LO EXPUESTO:**

Ruego a Ud. señor Gerente acceder a mi solicitud por ser justo y legal.

Juliaca, 12 de Diciembre del 2017.

  
-----  
Mayra Glenda Yerba Ari  
DNI N° 75904458


  
CLAS SANTA ADRIANA  
UNIDAD DE PARTES  
Fecha: 12/12/17  
Folio: 1

*Año del Buen Servicio al Ciudadano*

**CARTA DE AUTORIZACIÓN**

**SEÑOR GERENTE DEL CENTRO DE SALUD CLAS SANTA ADRIANA  
DOCTOR ALEX GÓMEZ PACORICONA**

Autoriza el Bachiller **MAYRA GLENDA YERBA ARI**, la obtención de datos y ejecución de estudio de investigación **“RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y EL RIESGO DE CAÍDAS DEL ADULTO MAYOR ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA, JULIACA-2017”**

Inicio : 06 de setiembre del 2017

Termino : 06 de Noviembre del 2017

Duración : 03 meses

Asimismo, se le hace de conocimiento que una vez concluida la investigación deba hacer entrega de los resultados obtenidos en dicha investigación, para estudios posteriores a nuestra institución.

  
Alex Gómez Pacoricona  
MEDICO CLAS SANTA ADRIANA  
GERENTE CLS  
C.M.P. 34680

## ANEXO 4: Instrumentos de recolección de datos

### TINETTI - Escala de Marcha y Equilibrio.

TINETTI – EVALUACIÓN DE LA MARCHA			Ptos
El paciente permanece de pie con el examinador, camina por el pasillo o habitación (Unos 8 metros) a paso normal			
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Algunas vacilaciones o múltiples intentos para empezar.</li> <li>• No vacila.</li> </ul>	0
			1
Longitud y altura de paso	Movimiento pie dcho	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No sobrepasa al pie izdo. Con el paso.</li> <li>• Sobrepasa a/ pie izdo.</li> </ul>	0
			1
	Movimiento pie izdo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El pie dcho., no se separa completamente del suelo con el paso.</li> <li>• El pie dcho. se separa completamente del suelo.</li> </ul>	0
			1
			0
			1
Simetría del paso		<p>La longitud de los pasos con los pies izdo y dcho, no es igual.</p> <p>La longitud parece igual.</p>	0
			1
Fluidez del paso		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paradas entre los pasos.</li> <li>• Los pasos parecen continuos.</li> </ul>	0
			1
Trayectoria	(observar el trazado que realiza uno de los pies durante tres metros)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desviación grave de la trayectoria.</li> <li>• Leve/moderada desviación o usa ayudas para mantener la trayectoria.</li> <li>• Sin desviación o uso de ayudas</li> </ul>	0
			1
			2
Troncos		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Balanceo marcado o uso de ayudas.</li> <li>• No se balancea al caminar pero Flexiona las rodillas o la espalda, separa los brazos al caminar.</li> <li>• No se balancea ni flexiona ni usa otras ayudas al caminar</li> </ul>	0
			1
			2
Postura al caminar		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Talones separados</li> <li>• Talones casi juntos al caminar.</li> </ul>	0
			1
TOTAL MARCHA (12)			

TINETTI- EVALUACIÓN DEL EQUILIBRIO		Ptos
El paciente permanece sentado en una silla rígida apoya brazos. Se realiza las siguientes maniobras		
Equilibrio sentado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se inclina o desliza en la silla</li> <li>• Se mantiene seguro</li> </ul>	0
		1
Levantarse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incapaz sin ayuda</li> <li>• Capaz pero usa los brazos para ayudarse</li> <li>• Capaz de levantarse en un intento</li> </ul>	0
		1
		2
Intentos para Levantarse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incapaz sin ayuda</li> <li>• Capaz pero necesita más de un intento</li> <li>• Capaz de levantarse en un intento</li> </ul>	0
		1
		2
Equilibrio en bipedestación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inestable</li> <li>• Estable con apoyo amplio (talones separados más de 10 cm) y usa bastón u otros apoyos</li> <li>• Estables sin andador u otros apoyos</li> </ul>	0
		1
		2
	<p>Empujar ( el paciente en bipedestación con el tronco erecto y los pies tan juntos como sea posible), el examinador empuja suavemente en el esternón del paciente con la palma de la mano, tres veces,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Empieza a caerse</li> <li>• Se tambalea, se agarra, pero se mantiene</li> <li>• estable</li> </ul>	0
		1
		2
Ojos cerrados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inestable</li> <li>• Estable</li> </ul>	0
		1
Vuelta de 360°	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasos discontinuos</li> <li>• Continuos</li> </ul>	0
		1
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inestable ( se tambalea, o agarra)</li> <li>• Estable</li> </ul>	0
		1
Sentarse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inseguro, calcula mal la distancia, cae en la silla.</li> <li>• Usa los brazos o el movimiento es brusco</li> <li>• Seguro, movimiento suave</li> </ul>	0
		1
		2
		Total equilibrio ( 16)

**TOTAL MARCHA + TOTAL EQUILIBRIO (28) =**

## **INDICACIONES DE APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO DE TINETTI - Escala de Marcha y Equilibrio.**

**Indicación:** De inyección del riesgo de caídas en ancianos a un año vista.

**Codificación proceso:** 0155 Riesgo de Caídas (NANDA).

**Administración:**

Realizar un rastreo previo realizando la pregunta ¿Teme usted caerse? Se ha visto que el valor predictivo positivo de la respuesta afirmativa es alrededor del 63% y aumenta al 87% en ancianos frágiles.

Escala heteroadministrada, se cumplimenta entre 8 y 10 minutos. El evaluador deber revisar el cuestionario previamente a la administración. Caminando el entrevistador detrás del anciano, se le solicita que responda a las preguntas de la subescala de marcha. Para contestar la subescala de equilibrio el entrevistador permanece de pie junto al anciano (enfrente y a la derecha). La puntuación se totaliza cuando el paciente se encuentra sentado.

**Interpretación y reevaluación:**

A mayor puntuación mejor funcionamiento. La máxima puntuación para la subescala de marcha es 12, para la de equilibrio 16. La suma de ambas puntuaciones da la puntuación para el riesgo de caídas.

La calificación es como muestra a continuación:

- 25 - 28 : Menor riesgo de caídas
- 19 - 24 : Regular riesgo de caídas
- 0 - 18 : Alto riesgo de caídas.

## CUESTIONARIO DE SALUD SF- 36 V 2.0

### I. INSTRUCCIONES:

Las preguntas siguientes se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Este cuestionario incluye preguntas muy variadas sobre su salud y sobre su vida responda solo una de las alternativas.

### II. Datos Generales:

- N° de ficha \_\_\_\_\_
- Edad: \_\_\_\_\_ ( )
  - Sexo: \_\_\_\_\_ M ( ) F ( )
  - Grado de Instrucción:  
     Primario ( ) Secundario ( ) Superior ( )
  - Ocupación:  
     Labores de casa ( ) jubilado ( ) trabajador activo ( ) otros ( )
  - Estado civil:  
     Soltero (a) ( ) conviviente ( ) casado ( ) separado ( ) viudo ( )

Marque con una sola respuesta:

#### 1. En general, usted diría que su salud es:

- (1) Excelente (2) Muy buena (3) Buena (4) Regular (5) Mala

#### 2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- (1) Mucho mejor ahora que hace un año  
 (2) Algo mejor ahora que hace un año  
 (3) Más o menos igual que hace un año  
 (4) Algo peor ahora que hace un año  
 (5) Mucho peor ahora que hace un año

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal

N°	Interrogantes	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, me limita nada
3	Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?			
4	Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, caminar más de una hora?			
5	Su salud actual, ¿le limita para coger			

	o llevar la bolsa de la compra?			
6	Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?			
7	Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?			
8	Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?			
9	Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?			
10	Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?			
11	Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?			
12	Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?			

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas.

		SI	NO
13	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?		
14	Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?		
15	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?		
16	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?		
17	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?		
18	Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?		
19	Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?		

**20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?**

(1) Nada (2) Un poco (3) Regular (4) Bastante (5) Mucho

**21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?**

(1) No, ninguno (2) Sí, muy poco (3) Sí, un poco  
(4) Sí, moderado (5) Sí, mucho (6) Sí, muchísimo

**22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?**

(1) Nada (2) Un poco (3) Regular (4) Bastante (5) Mucho

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas, en cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

		Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
23	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?						
24	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?						
25	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?						
26	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?						
27	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?						
28	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?						
29	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?						
30	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?						
31	Durante las 4 últimas						

	semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?						
32	Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?						

Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases

**33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.**

- (1) Totalmente cierta (2) Bastante cierta (3) No lo sé  
(4) Bastante falsa (5) Totalmente falsa

**34. Estoy tan sano como cualquiera.**

- (1) Totalmente cierta (2) Bastante cierta (3) No lo sé  
(4) Bastante falsa (5) Totalmente falsa

**35. Creo que mi salud va a empeorar.**

- (1) Totalmente cierta (2) Bastante cierta (3) No lo sé  
(4) Bastante falsa (5) Totalmente falsa

**36. Mi salud es excelente.**

- (1) Totalmente cierta (2) Bastante cierta (3) No lo sé  
(4) Bastante falsa (5) Totalmente falsa

**Anexo 5: Matriz de consistencia**  
**RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD DE VIDA Y EL RIESGO DE CAÍDAS DEL ADULTO MAYOR ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD SANTA ADRIANA, JULIACA 2017.**

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA
<p><b>Problema general:</b> ¿Cuál es la relación entre la calidad de vida y el riesgo de caídas del adulto mayor atendidos en el centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017?</p> <p><b>Problemas específicos:</b> ¿Cuál es el estado de la funcionalidad física, social, limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos, emocionales, estado mental, Vitalidad, dolor y percepción de la salud en general en adultos mayores? ¿Cuál será la frecuencia del riesgo de caídas en adultos mayores? ¿Cuál es la relación entre la funcionalidad física, social, limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos, emocionales, estado mental, Vitalidad, dolor y percepción de la salud en general con el riesgo de caídas en adultos mayores?</p>	<p><b>Objetivo general:</b> Determinar la relación entre la calidad de vida y el riesgo de caídas del adulto mayor atendidos en el centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017.</p> <p><b>Objetivos específicos:</b> Determinar estado de la funcionalidad física, social, limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos, emocionales, estado mental, Vitalidad, dolor y percepción de la salud en general en adultos mayores Establecer la frecuencia del riesgo de caídas en adultos mayores Determinar la relación entre la funcionalidad física, social, limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos, emocionales, estado mental, Vitalidad, dolor y percepción de la salud en general con el riesgo de caídas en adultos mayores</p>	<p><b>Hipótesis general:</b> Existe relación inversa entre la calidad de vida y el riesgo de caídas del adulto mayor atendidos en el Centro de Salud Santa Adriana, Juliaca 2017</p> <p><b>Hipótesis específicas:</b> El estado de la funcionalidad física, social, limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos, emocionales, estado mental, Vitalidad, dolor y percepción de la salud en general en adultos mayores es mala calidad de vida. La frecuencia del riesgo de caídas alta en adultos mayores es mayor Existe relación inversa entre la funcionalidad física, social, limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos, emocionales, estado mental, Vitalidad, dolor y percepción de la salud en general con el riesgo de caídas en adultos mayores</p>	<p>Variable independiente (X)  Calidad de vida</p> <p>Variable dependiente (Y)  Riesgo de caídas</p>	<p>1.Funcionalidad Física (FF). 2.Funcionalidad Social (FS). 3.Limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos (LRPF). 4.Limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales (LRPE). 5.Estado mental (EM) 6.Vitalidad . 7.Dolor. 8.Percepción de la salud en general (PSG).</p> <p>Evaluación de la marcha.  Evaluación del equilibrio.</p>	<p>Ítem : 3,4,5,6,7,8,9,10,11,12 Ítems: 20,32 Ítems: 13, 14, 15, 16 Ítems: 17, 18, 19. Ítems: 24,25,26,28,30 Ítems: 23,27,29,31 Ítems: 21,22 Ítems: 33, 34, 35, 36,1</p> <p>-Iniciación de la marcha. -Movimiento pie derecho. -Movimiento pie izquierdo. -Simetría del paso. -Fluidez del paso. -Trayectoria. -Tronco. -Postura al caminar.  -Equilibrio sentado. -Levantarse. -Intentos para levantarse. -Equilibrio en bipedestación. -Empujar ( el paciente en bipedestación con el tronco erecto y los pies tan juntos como sea posible). -Ojos cerrados. -Vuelta de 360°. -Sentarse.</p>	<p><b>Tipo:</b> – Correlacional</p> <p><b>Diseño:</b> – No experimental – Transversal</p> <p><b>Población:</b> 50 adultos mayores</p> <p><b>Muestra:</b> 44 adultos mayores</p> <p><b>Técnica:</b> – Observación – entrevista</p> <p><b>Instrumento:</b> – Ficha de observación – Entrevista estructurada</p>



## 1. Criterios para la clasificación de calidad de vida en la dimensión

### función física

1. Puntaje teórico:

Mínimo: 0

Máximo: 1000

2. Recorrido ( R)

$R = \text{Max} - \text{Min}$

$R = 1000 - 0 = 1000$

3. Recorrido medio ( R)

$R = R / 2$

$R = 1000 / 2$

$R = 500$

4. Mediana teórica ( met )

$\text{Met} = \text{min} + R = \text{Max} - R$

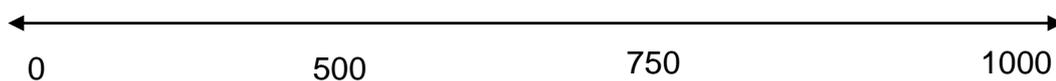
$\text{Met} = 0 + 500 = 1000 - 500 = 500$

5. Tercio cuartil teórico (TCT)

$\text{TCT} = R + \text{Met} / 2$

$\text{TCT} = 500 + 500/2$

$\text{TCT} = 750$



### Escala para medir la dimensión funcionalidad física

Mala funcionalidad física : 0 – 500

Regular funcionalidad física : 501 – 750

Buena funcionalidad física : 751 – 1000

## 2. Criterios para la clasificación de calidad de vida en la dimensión funcionalidad social.

1. Puntaje teórico:

Mínimo: 0

Máximo: 200

2. Recorrido ( R)

$R = \text{Max} - \text{Min}$

$R = 200 - 0 = 200$

3. Recorrido medio ( R)

$R = R / 2$

$R = 200 / 2$

$R = 100$

4. Mediana teórica ( met )

$\text{Met} = \text{min} + R = \text{Max} - R$

$\text{Met} = 0 + 100 = 200 - 100 = 100$

5. Tercio cuartil teorico (TCT)

$\text{TCT} = R + \text{Met} / 2$

$\text{TCT} = 100 + 100/2$

$\text{TCT} = 150$



### Escala para medir la dimensión funcionalidad social

Mala funcionalidad social : 0 – 100

Regular funcionalidad social : 101 – 150

Buena funcionalidad social : 151 – 200

**3. Criterios para la clasificación de calidad de vida en la dimensión limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos.**

**Puntaje teórico:**

Mínimo: 0

Máximo: 400

**1. Recorrido ( R )**

$$R = \text{Max} - \text{Min}$$

$$R = 400 - 0 = 400$$

**2. Recorrido medio ( R )**

$$R = R / 2$$

$$R = 400 / 2$$

$$R = 200$$

**3. Mediana teórica ( met )**

$$\text{Met} = \text{min} + R = \text{Max} - R$$

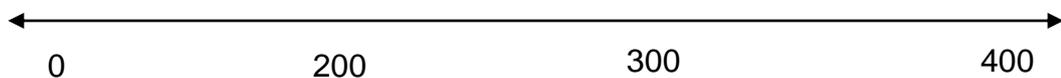
$$\text{Met} = 0 + 200 = 400 - 200 = 200$$

**4. Tercio cuartil teorico (TCT)**

$$\text{TCT} = R + \text{Met} / 2$$

$$\text{TCT} = 200 + 200 / 2$$

$$\text{TCT} = 300$$



**Escala para medir la dimensión limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos.**

**Malas limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos : 0 – 200**

**Regulares limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos : 201 – 300**

**Buenas limitaciones del rol atribuidos a problemas físicos : 301 – 400**

#### 4. Criterios para la clasificación de calidad de vida limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales.

**Puntaje teórico:**

Mínimo: 0

Máximo: 300

##### 1. Recorrido ( R )

$$R = \text{Max} - \text{Min}$$

$$R = 300 - 0 = 300$$

##### 2. Recorrido medio ( R )

$$R = R / 2$$

$$R = 300 / 2$$

$$R = 150$$

##### 3. Mediana teórica ( met )

$$\text{Met} = \text{min} + R = \text{Max} - R$$

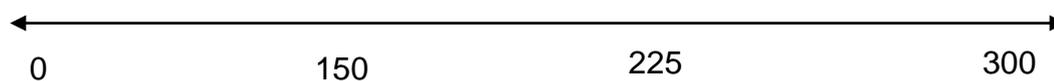
$$\text{Met} = 0 + 150 = 300 - 150 = 150$$

##### 4. Tercio cuartil teórico (TCT)

$$\text{TCT} = R + \text{Met} / 2$$

$$\text{TCT} = 150 + 150 / 2$$

$$\text{TCT} = 225$$



#### **Escala para medir la dimensión de rol emocional**

Malas limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales : 0 – 150

Regulares limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales : 151 – 225

Buenas limitaciones del rol atribuidos a problemas emocionales : 226 – 300



**6. Criterios para la clasificación de calidad de vida en la dimensión vitalidad.**

**1. Puntaje teórico:**

Mínimo: 0

Máximo: 400

**2. Recorrido ( R )**

$R = \text{Max} - \text{Min}$

$R = 400 - 0 = 400$

**3. Recorrido medio ( R )**

$R = R / 2$

$R = 400 / 2$

$R = 200$

**4. Mediana teórica ( met )**

$\text{Met} = \text{min} + R = \text{Max} - R$

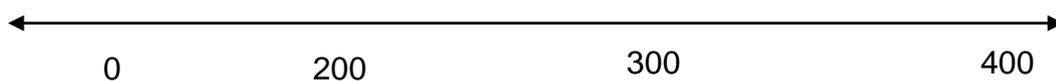
$\text{Met} = 0 + 200 = 400 - 200 = 200$

**5. Tercio cuartil teórico (TCT)**

$\text{TCT} = R + \text{Met} / 2$

$\text{TCT} = 200 + 200 / 2$

$\text{TCT} = 300$



**Escala para medir la dimensión de vitalidad**

Mala Vitalidad : 0 – 200

Regular Vitalidad : 201 – 300

Buena Vitalidad : 301 – 400

## 7. Criterios para la clasificación de calidad de vida en la dimensión dolor corporal

### 1. Puntaje teórico:

Mínimo: 0

Máximo: 200

### 2. Recorrido ( R )

$R = \text{Max} - \text{Min}$

$R = 200 - 0 = 200$

### 3. Recorrido medio ( R )

$R = R / 2$

$R = 200 / 2$

$R = 100$

### 4. Mediana teórica ( met )

$\text{Met} = \text{min} + R = \text{Max} - R$

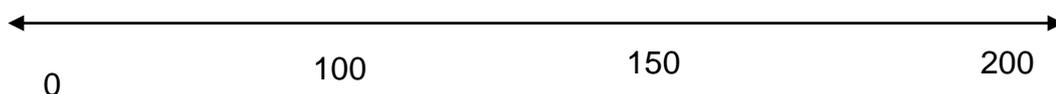
$\text{Met} = 0 + 100 = 200 - 100 = 100$

### 5. Tercio cuartil teórico (TCT)

$\text{TCT} = R + \text{Met} / 2$

$\text{TCT} = 100 + 100/2$

$\text{TCT} = 150$



### Escala para medir la dimensión dolor

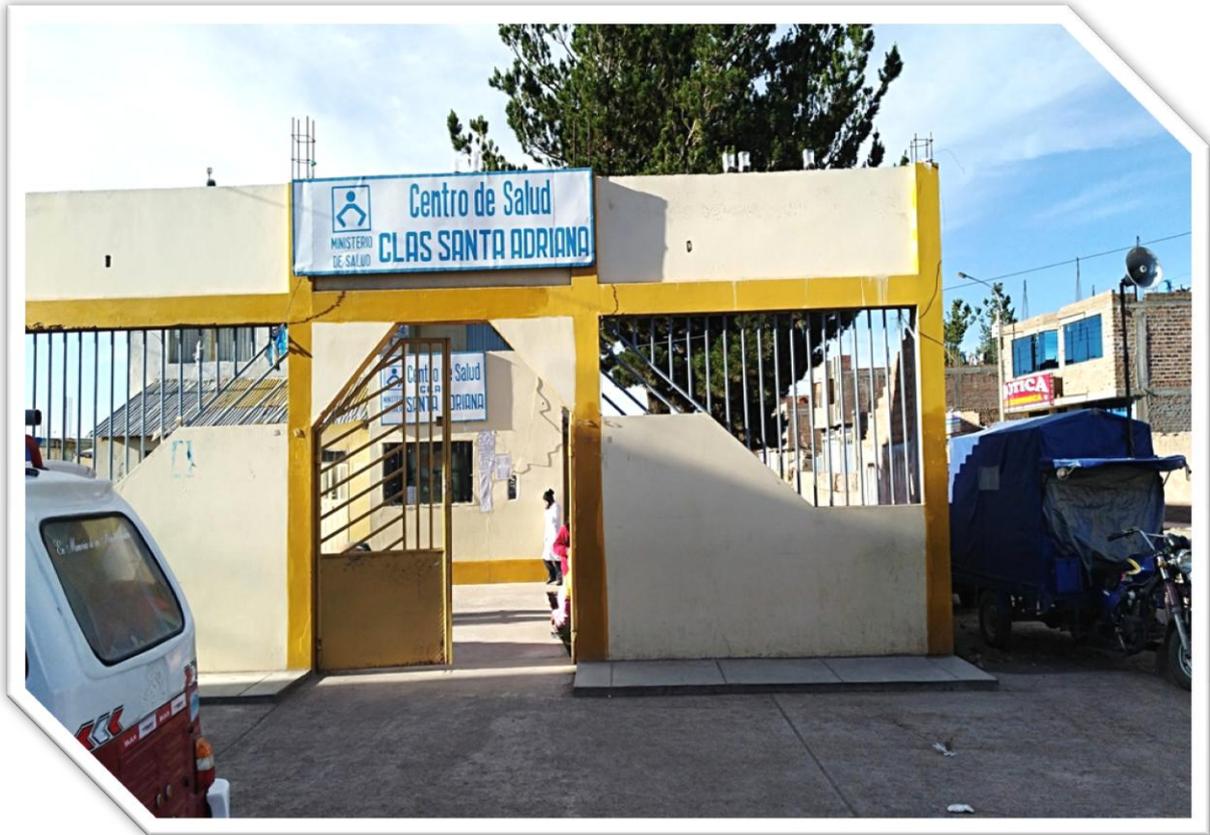
Dolor leve : 0 – 100

Dolor moderado : 101 – 150

Dolor severo : 151 – 200











UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS  
 ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA  
 INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

I. DATOS GENERALES:

1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO : PINEDA ANCO EMPERATRIZ ERIKA  
 1.2. INSTITUCIÓN DONDE LABORA :  
 1.3. INSTRUMENTO MOTIVO DE EVALUACIÓN : CALIDAD DE VIDA Y RIESGO ENCAJAS  
 1.4. AUTOR DEL INSTRUMENTO : YERBA ARE MAYRA GLENDA

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

CRITERIOS	INDICADORES	INACEPTABLE					MINIMAMENTE ACEPTABLE			ACEPTABLE				
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.											X		
2. OBJETIVIDAD	Está adecuado a las leyes y principios científicos.												X	
3. ACTUALIZACIÓN	Está adecuado a los objetivos y las necesidades reales de la investigación.												X	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.											X		
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.											X		
6. INTENCIONALIDAD	Está adecuado para valorar las variables de las hipótesis.											X		
7. CONSISTENCIA	Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos.												X	
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los problemas, objetivos, hipótesis, variables, dimensiones, indicadores con los ítems.												X	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde a una metodología y diseño aplicados para lograr las hipótesis.													X
10. PERTINENCIA	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación al método científico.													X

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD :

- a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación  
 b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación

Si

No

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN :

94.0

FECHA: ..... DNI: 70494537

FIRMA DEL EXPERTO:

*Erika Pineda Anco*  
 Lic. Pineda Anco Emperatriz Erika  
 Tecnólogo Médico  
 C.T.M.R. 10390

UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS  
 ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA  
 INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

I. DATOS GENERALES:

1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO : Vidal Correa Manuel Roberto  
 1.2. INSTITUCIÓN DONDE LABORA : ESSALUD Puno  
 1.3. INSTRUMENTO MOTIVO DE EVALUACIÓN :  
 1.4. AUTOR DEL INSTRUMENTO : Bachiller Verba Ari Mayra

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

CRITERIOS	INDICADORES	INACEPTABLE					MINIMAMENTE ACEPTABLE					ACEPTABLE				
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100		
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.													X		
2. OBJETIVIDAD	Está adecuado a las leyes y principios científicos.													X		
3. ACTUALIZACIÓN	Está adecuado a los objetivos y las necesidades reales de la investigación.													X		
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.													X		
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.													X		
6. INTENCIONALIDAD	Está adecuado para valorar las variables de las hipótesis.													X		
7. CONSISTENCIA	Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos.													X		
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los problemas, objetivos, hipótesis, variables, dimensiones, indicadores con los ítems.													X		
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde a una metodología y diseño aplicados para lograr las hipótesis.													X		
10. PERTINENCIA	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación al método científico.													X		

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD :

- a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación  
 b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación

SI

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN :

100

FECHA: ..... DNI: 41041755 FIRMA DEL EXPERTO:

  
 Lic. M. Roberto Vidal Correa  
 T.M. Zorobela Escobedo  
 Centro de Atención Médica Complementaria  
 RED DE ASISTENCIAL PUNO  
 ESSALUD

**UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGIA MEDICA**  
**INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN**

**I. DATOS GENERALES:**

1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL EXPERTO : Flores Ramirez, Liz Cecilia  
 1.2. INSTITUCIÓN DONDE LABORA : EsSalud  
 1.3. INSTRUMENTO MOTIVO DE EVALUACIÓN : Calidad de Vida y Riesgo en Caída  
 1.4. AUTOR DEL INSTRUMENTO : Berchler, Yasha Ari Mayra Glenda

**II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:**

CRITERIOS	INDICADORES	INACEPTABLE					MINIMAMENTE ACEPTABLE				ACEPTABLE			
		40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado.												X	
2. OBJETIVIDAD	Está adecuado a las leyes y principios científicos.												X	
3. ACTUALIZACIÓN	Está adecuado a los objetivos y las necesidades reales de la investigación.												X	
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica.												X	
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.												X	
6. INTENCIONALIDAD	Está adecuado para valorar las variables de las hipótesis.												X	
7. CONSISTENCIA	Se respalda en fundamentos técnicos y/o científicos.												X	
8. COHERENCIA	Existe coherencia entre los problemas, objetivos, hipótesis, variables, dimensiones, indicadores con los ítems.												X	
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde a una metodología y diseño aplicados para lograr las hipótesis.												X	
10. PERTINENCIA	El instrumento muestra la relación entre los componentes de la investigación y su adecuación al método científico.												X	

**III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD :**

- a. El instrumento cumple con los requisitos para su aplicación  
 b. El instrumento no cumple con los requisitos para su aplicación

Si

**IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN :**

95

FECHA: ..... DNI: 41266203 ..... FIRMA DEL EXPERTO: \_\_\_\_\_

  
 L.M. Liz Cecilia Flores Ramirez  
 Terapia Física y Rehabilitación  
 CTMP: 5310  
 EsSalud





ANEXO - A

### FORMATO DE EMPADRONAMIENTO PARA LA EVALUACION DE DAÑOS



REGION: PUNO  
PROVINCIA: SAN ROMÁN  
DISTRITO: JULIACA  
COMUNIDAD/ANEXO: .....

EVENTO: HELADA  
FECHA DE OCURRENCIA: .....de .....del 201  
FECHA DE EVALUACION: .....de .....del 201  
NOMBRE DEL EVALUADOR: ..... 327

N°	NOMBRE JEFE DE FAMILIA	DNI	INTEGRANTES (En Números)						TOTAL (CARGA FAMILIAR)	DAÑOS OCASIONADOS									
			ADULTO MAYOR MAS DE 60 AÑOS		ADULTOS 16 A 60 AÑOS		NIÑOS 0 A 15 AÑOS			MATERIALES		PERSONALES							
			M	F	M	F	M	F		COLAP.	INAB.	APEC.	DAMN.	AFFECT.	HERID.	FALLEC.			
11	Ballata de Suarquita Filomeno	02385351		1															
12	Mulhuica de Bari Sofia	01513456		1															
13	Rojas de Apaga Juliana Maria	02367958		1															
14	Cardova de Ortiz Sabino	01530837		1															
15	Acapa de Mamani Felicitas	01533329		1															
16	Laura Moray, Isidora	02560182		1															
17	Mamani de Sanctara Asencia	01934282		1															
18	Sello Mamani Juliana	02386859		1															
19	Pacovi Quispe Sabino	02401746		1															
20	Urquylla de Pacori Felicitas	02373161		1															
								TOTAL											

TECHO ABRIGO ALIMENT

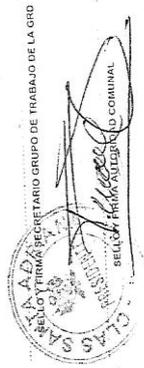
NECESIDAD REFERENCIAL

NOTA: PARA LA ATENCION INMEDIATA DE DAÑOS EL PRESENTE FORMATO ANEXO - A ES INDISPENSABLE PARA EL LLENADO DEL FORMATO N° 01. DEBE ESTAR REFERENCIADO (SELLO Y FIRMA) EN ORIGINAL COMO MINIMO POR 3 INTEGRANTES DE LA PLATAFORMA (DISTRITAL O PROVINCIAL) INCLUYENDO LA FIRMA DE LA AUTORIDAD COMUNAL (OBLIGATORIA) ADEMAS ADJUNTAR 02 FOTOCOPIAS DE LA EMERGENCIA DE LA OCURRENCIA PARA QUE PROCEDA LA ATENCION EL PRESENTE FORMATO DEBERIA SER LLENADO PARA SU TRAMITE EN EL PLAZO INMEDIATO MAXIMO DE 72 HORAS DE LA OCURRENCIA DE LA EMERGENCIA PARA QUE PROCEDA LA ATENCION

EVALUACION GOBIERNO LOCAL APE

SELLO Y FIRMA DEL ALCALDE EN CALIDAD DE JEFE DEL GRUPO DE TRABAJO DE LA ORD

SELLO Y FIRMA SUI GERENTE DE GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES





ANEXO - A

FORMATO DE EMPADRONAMIENTO PARA LA EVALUACION DE DAÑOS



REGION: PUNO  
 PROVINCIA: SAN ROMÁN  
 DISTRITO: JULIACA  
 COMUNIDAD/ANEXO: .....

EVENTO: HELADA  
 FECHA DE OCURRENCIA: .....de .....del 201  
 FECHA DE EVALUACION: .....de .....del 201  
 NOMBRE DEL EVALUADOR: .....

N°	NOMBRE JEFE DE FAMILIA	DNI	INTEGRANTES (En Numeros)										DAÑOS OCACIONADOS					
			ADULTO MAYOR MAS DE 60 AÑOS		ADULTOS 16 A 60 AÑOS		NIÑOS 0 A 15 AÑOS		TOTAL (CARGA FAMILIAR)		MATERIALES		PERSONALES					
			M	F	M	F	M	F	M	F	COLAP.	INAB.	APEC.	DAMN.	APECT.	HERID.	FALLEC.	
21	Buiope de Buiope Anocelita	02420838		1														
22	Jaguay de Valero Petronela	0236293		1														
23	Gutierrez Vda Casquias Eugenia	02366500		1														
24	Valencia Casquias Agustin	02385287	1															
25	Cacita Lopez Lucio	01508671		1														
26	Sucasaca de Mamona Juana	023689643		1														
27	Buiope batoni Petrona	02391283		1														
28	Tapano de Buiope Recciana	02377390		1														
29	Condori de Nino Marciana	01986532		1														
30	Viza de Jemany Marulino	01483513	2															
			TOTAL															

TECHO  ABRIGO ALIMENT

NECESIDAD REFERENCIAL

NOTA: PARA LA ATENCION INMEDIATA DE DAÑOS EL PRESENTE FORMATO ANEXO - A ES INDISPENSABLE PARA EL LLENADO DEL FORMATO N° 01, DEBE ESTAR REFRESCADO (SELLO Y FIRMA) EN ORIGINAL COMO MINIMO POR 3 INTEGRANTES DE LA PLATAFORMA (DISTRITAL O PROVINCIAL) INCLUYENDO LA FIRMA DE LA AUTORIDAD COMUNAL (OBLIGATORIA), ADEMAS ADJUNTAR 02 FOTOGRAFIAS DE LA EMERGENCIA EL PRESENTE FORMATO DEBERA SER LLENADO PARA SU TRAMITE EN EL PLAZO INMEDIATO MAXIMO DE 72 HORAS DE LA OCURRENCIA PARA QUE PROCEDA LA ATENCION

EVALUACION GOBIERNO LOCAL SPO  
 GOBIERNO LOCAL SPO  
 PUNO  
 ADULTO MAYOR

SELLO Y FIRMA DEL ALCALDE EN CALIDAD DE JEFE DEL GRUPO DE TRABAJO DE LA GRD  
 SELLO Y FIRMA SUB GERENTE DE GESTION DEL RIESGO DE DESASTRES



ANEXO - A

### FORMATO DE EMPADRONAMIENTO PARA LA EVALUACION DE DAÑOS



EVENTO: HELADA.  
 FECHA DE OCURRENCIA: .....de .....del 201  
 FECHA DE EVALUACION: .....de .....del 201  
 NOMBRE DEL EVALUADOR: .....

327

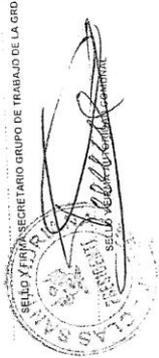
REGION: PUÑO  
 PROVINCIA: SAN ROMÁN  
 DISTRITO: JULIACA  
 COMUNIDAD/ANEXO: .....

N°	NOMBRE JEFE DE FAMILIA	ONI	INTEGRANTES (En Números)										DAÑOS OCASIONADOS																	
			ADULTO MAYOR MAS DE 60 AÑOS		ADULTOS 16 A 60 AÑOS		NIÑOS 0 A 15 AÑOS		TOTAL (CARGA FAMILIAR)	MATERIALES		PERSONALES																		
			M	F	M	F	M	F		COLAP.	INAB.	AEEC.	DAMNI.	APECT.	HERID.	FALLEC.														
31	Arapa Apaga ciro Ventura	02408102		1								1																		
32	Quijspe Yana Justina	02423571	1									2																		
33	Leonardo Zela Nicula Dionisia	02386663		1								3																		
34	Burca eta Russecah. Pastora	02144350		1								1																		
35	Lopez Vida Sabas Flora	48664913		1								1																		
36	Rojas de Caquispa Emiliana	31004618		1								1																		
37	Mamani Susasara Antonia	30474266		1								1																		
38	Paei Quijspe Paula	02391978		1								1																		
39	Flores Yana Eledora Rufino	02390353		1								1																		
40	Condori Vda Viza Felicitas	43714684		1								1																		
												TOTAL																		

TECHO  ABRIGO  ALIMENT

#### NECESIDAD REFERENCIAL

NOTA PARA LA ATENCION INMEDIATA DE DAÑOS EL PRESENTE FORMATO ANEXO - A ES INDISPENSABLE PARA EL LLENADO DEL FORMATO N° 01 DEBE ESTAR REFERENCIADO (SELLO Y FIRMA) EN ORIGINAL COMO MINIMO POR 3 INTEGRANTES DE LA PLATAFORMA (DISTRITAL O PROVINCIAL) INCLUYENDO LA FIRMA DE LA AUTORIDAD COMUNAL (SOLICITUD) ADJUNTAR 02 FOTOGRAFIAS DE LA EMERGENCIA PARA QUE PROCEEDA LA ATENCION EL PRESENTE FORMATO DEBERA SER LLENADO PARA SU TRAMITE EN EL P.LAZO INMEDIATO MAXIMO DE 72 HORAS DE LA OCURRENCIA DE LA EMERGENCIA PARA QUE PROCEEDA LA ATENCION



SELLO Y FIRMA DEL ALCALDE EN CALIDAD DE JEFE DEL GRUPO DE TRABAJO DE LA GRD

.....  
 EVALUACION GOBIERNO LOCAL  
 JULIACA  
 PRE: .....

SELLO Y FIRMA SUB GERENTE DE GESTION DEL RIESGO DE RESASTRES

FORMATO DE EMPADRONAMIENTO PARA LA EVALUACION DE DAÑOS



REGION: PUNO  
PROVINCIA: SAN ROMÁN  
DISTRITO: JULIACA  
COMUNIDAD/ANEXO: .....

EVENTO: HELADA  
FECHA DE OCURRENCIA: .....de .....del 201  
FECHA DE EVALUACION: .....de .....del 201  
NOMBRE DEL EVALUADOR: .....

321

N°	NOMBRE JEFE DE FAMILIA	DNI	INTEGRANTES (En Números)						TOTAL (CARGA FAMILIAR)	MATERIALES			PERSONALES					
			ADULTO MAYOR MAS DE 60 AÑOS		ADULTOS 16 A 60 AÑOS		NIÑOS 0 A 15 AÑOS			COLAP.	INAB.	A FEC.	DAMNI.	A FECT.	HERID.	FALLEC.		
			M	F	M	F	M	F										
41	Mamani Zapana Justo	02401651	1															
42	Mamani Quispe Juan	02362446	1															
43	Valere de Leon Cristina	0242232		1														
44	Pinto Apaya Félix	02389665	1															
45	Moray de Juli Aquilino	02381496	1															
46	Juli Yamaico Vicente	02393206	1															
47	Quispe Casanova Lucio	02374168	1															
48	Flores Apaya Esteban	02374621	1															
49	Quispe Quispe Dorotea	02402412	1															
50	Carus Vilapaga Nagaria	80390033	1															
			TOTAL															

TECHO:  ABRIGO:  ALIMENT:

NECESIDAD REFERENCIAL

NOTA: PARA LA ATENCION INMEDIATA DE DAÑOS EL PRESENTE FORMATO ANEXO - A ES INDISPENSABLE PARA EL LLENADO DEL FORMATO N° 01 DEBE ESTAR REFERENCIADO SELLO Y FIRMA EN ORIGINAL COMO MINIMO POR 3 INTEGRANTES DE LA PLATAFORMA (DISTRITAL O PROVINCIAL) INCLUYENDO LA FIRMA DE LA AUTORIDAD COMUNAL (OBLIGATORIA) ADEMAS ADJUNTAR 02 FOTOGRAFIAS DE LA EMERGENCIA EL PRESENTE FORMATO DEBERA SER LLENADO PARA SU TRAMITE EN EL PLAZO INMEDIATO MAXIMO DE 72 HORAS DE LA OCURRENCIA PARA QUE PROCEDA LA ATENCION

EVALUACION GOBIERNO LOCAL  
JULIACA  
DNI: .....  
PRE: .....  
ASUTOM: .....  
SELLO Y FIRMA EVALUADOR COEP SAN ROMAN

SELLO Y FIRMA DEL ALCALDE EN CALIDAD DE JEFE DEL GRUPO DE TRABAJO DE LA GRD

SELLO Y FIRMA SECRETARIO GRUPO DE TRABAJO DE LA GRD