



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

**“VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAIDAS Y ESTADO SOCIAL DEL
ADULTO MAYOR DE LA JURISDICCIÓN DEL PUESTO
DE SALUD DE SAN RAFAEL DISTRITO
DE PUEBLO NUEVO
NOVIEMBRE 2018”**

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

**PRESENTADO POR:
BACHILLER: URIBE ENCISO MELISSA ZARELA**

**ASESORA:
DRA: OSCCO TORRES OLINDA**

ICA- PERÚ

2018

**“VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAIDAS Y ESTADO SOCIAL DEL
ADULTO MAYOR DE LA JURISDICCIÓN DEL PUESTO
DE SALUD DE SAN RAFAEL DISTRITO
DE PUEBLO NUEVO
NOVIEMBRE 2018”**

DEDICATORIA

A Dios por ser mi guía y acompañante en el transcurso de mi vida, a mis docentes de la Escuela de Enfermería en la Universidad Alas Peruanas y a los adultos Mayores por su valiosa colaboración en la recolección de datos.

AGRADECIMIENTO

A mis padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes logré obtener uno de los anhelos más deseados. También está dedicado a mis abuelos que con sus palabras me hacían sentir orgullosa.

RESUMEN

Las caídas representan la segunda causa de muerte en todo el mundo por lesiones accidentales o no intencionales. Existen diferentes escalas que permiten evaluar el **riesgo de caídas** de una persona atendiendo a distintos criterios. La capacidad del adulto mayor para vivir en la comunidad depende del apoyo disponible, brindado fundamentalmente por la familia, lo cual le proporciona protección, eleva su autoestima y le enriquece socialmente. La investigación titulada “Valoración del **riesgo de caídas** y **estado social** del **adulto mayor** de la jurisdicción del puesto de salud de San Rafael distrito de Pueblo Nuevo Noviembre 2018” es de enfoque cuantitativo, diseño descriptivo, observacional y de corte transversal, la muestra estuvo constituida por constituida por 45 **adultos mayores** que son atendidos en el Puesto de Salud San Rafael según el Padrón Nominal. Los resultados respecto a la Valoración del **riesgo de caídas** en la dimensión caídas previas, Del 100%(45) de los **adultos mayores** el 67%(30) tienen bajo riesgo y el 33%(15) alto riesgo según resultados, según medicamentos es de bajo riesgo en 71%(32) y alto riesgo en 29%(13);en las deficiencias sensoriales de los **adultos mayores** es de bajo riesgo en 64%(29) y alto riesgo en 36%(16), estado mental es de bajo riesgo en 84%(38) y alto riesgo en 16%(7), marcha es de bajo riesgo en 73%(33) y alto riesgo en 27%(12), obteniendo un consolidado global de global de bajo riesgo en 71%(32) y alto riesgo en 29%(13) según resultados. Respecto a la segunda variable **estado social** según escala de recursos sociales del 100%(45) de los **adultos mayores** el 49%(22) presentan buenos recursos sociales, el 31%(14) presentan deterioro social leve y finalmente el 20%(9) deterioro social moderado.

Palabras clave: **Riesgo de caídas, estado social, adultos mayores.**

ABSTRACT

Falls are the second cause of death worldwide due to accidental or unintentional injuries. There are different scales that allow evaluating the **risk of falls** of a person according to different criteria. The ability of the **older adult** to live in the community depends on the support available, provided primarily by the family, which provides protection, increases their self-esteem and enriches them socially. The research entitled "Assessment of the **risk of falls** and **social status** of the elderly in the jurisdiction of the health post of San Rafael district of Pueblo Nuevo August 2018" is a quantitative, descriptive, observational and cross-sectional design, the sample was constituted by 45 senior citizens who are treated at the San Rafael Health Post according to the Nominal Register. The results with respect to the Assessment of the **risk of falls** in the previous falls dimension, 100% (45) of the elderly 67% (30) have low risk and 33% (15) high risk according to results, according to medications is low risk in 71% (32) and high risk in 29% (13), in the sensory deficiencies of the elderly is low risk in 64% (29) and high risk in 36% (16), mental state is Low risk in 84% (38) and high risk in 16% (7), March is low risk in 73% (33) and high risk in 27% (12), obtaining a global consolidated global low risk in 71% (32) and high risk in 29% (13) according to results. Regarding the second variable **Social status** according to social resources scale of 100% (45) of **older adults** 49% (22) have good social resources, 31% (14) have mild social impairment and finally 20% (9)) moderate social deterioration.

Key words: **Risk of falls, social status, older adults.**

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
ÍNDICE	vii
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS	ix
INTRODUCCIÓN	xi
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1 Planteamiento del problema	12
1.2 Formulación del problema	16
1.2.1. Problema general	16
1.2.2 Problemas específicos	16
1.3. Objetivos de la investigación	17
1.3.1. Objetivo general	17
1.3.2 Objetivos específicos	17
1.4. Justificación del estudio	17
1.5. Limitaciones de la investigación	18
CAPÍTULO II: MARCO TEORICO	
2.1. Antecedentes del estudio	19
2.2. Bases teóricas	25
2.3. Definición de términos	48
2.4. Hipótesis	49

2.5. Variables	49
2.5.1. Definición conceptual de la variable	50
2.5.2 Definición operacional de la variable	50
2.5.3 Operacionalización de la variable.	51
CAPÍTULO III: MATERIAL Y MÉTODO	
3.1. Tipo y nivel de investigación	53
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	53
3.3. Población y muestra de la investigación	53
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	53
3.5. Plan de recolección y procesamiento de datos.	54
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	56
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	64
CONCLUSIONES	67
RECOMENDACIONES	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS	75
Matriz	
Instrumento	

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

N°	TABLA Y GRÁFICO	Pág.
1	VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAIDAS SEGÚN CAIDAS PREVIAS DEL ADULTO MAYOR DE LA JURISDICCIÓN DEL PUESTO DE SALUD DE SAN RAFAEL DISTRITO DE PUEBLO NUEVO NOVIEMBRE 2018.	57
2	VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAIDAS SEGÚN MEDICAMENTOS DEL ADULTO MAYOR DE LA JURISDICCIÓN DEL PUESTO DE SALUD DE SAN RAFAEL DISTRITO DE PUEBLO NUEVO NOVIEMBRE 2018.	58
3	VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAIDAS SEGÚN DEFICIENCIAS SENSORIALES DEL ADULTO MAYOR DE LA JURISDICCIÓN DEL PUESTO DE SALUD DE SAN RAFAEL DISTRITO DE PUEBLO NUEVO NOVIEMBRE 2018.	59
4	VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAIDAS SEGÚN ESTADO MENTAL DEL ADULTO MAYOR DE LA JURISDICCIÓN DEL PUESTO DE SALUD DE SAN RAFAEL DISTRITO DE PUEBLO NUEVO NOVIEMBRE 2018.	60
5	VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAIDAS SEGÚN MARCHA DEL ADULTO MAYOR DE LA JURISDICCIÓN DEL PUESTO DE SALUD DE SAN RAFAEL DISTRITO DE PUEBLO NUEVO NOVIEMBRE 2018.	61
6	VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAIDAS GLOBAL DEL ADULTO MAYOR DE LA JURISDICCIÓN DEL PUESTO	62

DE SALUD DE SAN RAFAEL DISTRITO DE PUEBLO
NUEVO NOVIEMBRE 2018.

- 7** ESTADO SOCIAL SEGÚN ESCALA DE RECURSOS **63**
SOCIALES DEL ADULTO MAYOR DE LA JURISDICCIÓN
DEL PUESTO DE SALUD DE SAN RAFAEL DISTRITO
DE PUEBLO NUEVO NOVIEMBRE 2018.

INTRODUCCIÓN

Se “calcula que anualmente se producen 37,3 millones de caídas que necesitarán atención médica, resultando mortales en el 8,8% de los casos. Este es el caso de la escala de Downton, que se utiliza para evaluar el riesgo que presenta una persona de sufrir una caída con el fin de, en caso necesario, poder implementar medidas preventivas encaminadas a evitar nuevas caídas. Con el nuevo siglo se demanda ampliar el sistema de protección social y realizar un giro en las políticas de prestaciones y cuidados a largo plazo, en todos ellos tiene un papel fundamental la valoración social, de manera que se evalúan diversos aspectos de la función social, específicamente las relaciones y los recursos sociales”.

Se diseña esta investigación en cinco capítulos según el esquema de la Universidad Alas Peruanas. En el primer capítulo se trata sobre el problema de investigación a nivel mundial, nacional y local, se traza el planteamiento del problema, formulación del problema, los objetivos a cumplir y los argumentos que justifican la investigación, limitaciones de la investigación. En el capítulo II se trata sobre el marco teórico que sustenta la investigación desde la revisión de la bibliografía relacionada con el tema, así como las teorías de la investigación, hipótesis, variables con la definición de los principales términos utilizados en la investigación. Además, en este capítulo se menciona las variables y su operacionalización. En el capítulo III se muestra material y método, tipo y nivel de investigación, descripción del ámbito de la investigación, población y muestra, técnica e instrumentos para la recolección de datos, plan de recolección y procesamiento de datos. En el capítulo IV se presentan los resultados, en el capítulo V la discusión, conclusiones y recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Entre “el 2000 y el 2050, la proporción de la población mundial que tiene 60 años de edad o más se duplicará, y pasará de 11% a 22%. Se prevé que el número absoluto de personas de 60 años o más aumentará de 900 millones en el 2015 a 1 400 millones para el 2030, y 2 100 millones para el 2050, y podría llegar a 3 200 millones en el 2100”.¹

Entre “el 2025 y el 2030, la esperanza de vida en América Latina y el Caribe aumentará a 80,7 años para las mujeres y 74,9 años para los hombres, y las proyecciones para Estados Unidos y Canadá revelan cifras aún más altas: 83,3 años para las mujeres y 79,3 años para los hombres”.²

Según “el informe de la Organización Mundial de Salud (OMS), las caídas son la segunda causa mundial de muerte por lesiones accidentales o no intencionales. Se calcula que anualmente mueren en todo el mundo unas 424 000 personas debido a caídas, y más de un 80% de esas muertes se registran en países de bajos

y medianos ingresos. Los mayores de 65 años son quienes sufren más caídas mortales. Cada año se producen 37,3 millones de caídas cuya gravedad requiere atención médica”.³

En “el próximo decenio, tanto el envejecimiento poblacional como el envejecimiento individual serán factores importantes que modularán las necesidades de salud, seguridad social y protección social, así como la manera en la cual se satisfarán estas necesidades. La cobertura, la continuidad de la atención y el acceso geográfico, físico, económico y cultural a los servicios de salud es deficiente, y los pocos que tienen acceso aún no reciben servicios adecuados a sus necesidades. En este contexto, la mayoría de los expertos coincide en que es necesario fomentar intervenciones integradas de salud, ⁴y elaborar estrategias que permitan a los sistemas de salud adaptarse a las nuevas realidades demográficas” y epidemiológicas. ⁵

Se “reconoce cada vez más que muchos países de la Región tendrán que aumentar los fondos destinados a la seguridad social de las personas mayores, como las pensiones contributivas y no contributivas del Estado. Además, es esencial que haya un cambio de los estereotipos de lo que significa la vejez, para que se establezcan diferentes enfoques y se vele no solo por la seguridad financiera sino también por la salud y la protección social de las personas mayores de una manera amplia y equitativa”. ⁶

En los “países centroamericanos, por ejemplo, solo de 10% a 23% de los adultos mayores viven solos, mientras que en Argentina y Uruguay más de 50% viven solos. Por definición, a medida que la población envejece, la fecundidad disminuye y la esperanza de vida aumenta. Solo cerca de una tercera parte de los adultos de América Latina y el Caribe tienen pensiones como fuente de

ingresos; en consecuencia, el apoyo material en la vejez aún depende de la familia extendida. Además, el acelerado proceso de envejecimiento está ocurriendo en un entorno institucional frágil, pues gran parte de las fuentes que garantizan niveles mínimos de apoyo social y económico (como las pensiones por vejez) están siendo reformadas o, en algunos casos, eliminadas. A medida que se reduce el tamaño de las familias”, es posible que los hijos adultos tengan que racionar los recursos disponibles para apoyar a tres o incluso cuatro generaciones.⁷

Por lo tanto, en “América Latina y el Caribe el proceso de envejecimiento poblacional no solo ocurrirá en un período muy reducido, sino también en medio de acelerados cambios en las relaciones intergeneracionales y las frágiles estructuras públicas de protección social, en particular el régimen de pensiones y el acceso a la salud”.

El “30% de las caídas en ancianos ocasionan lesiones que van desde leves a graves, las cuales incluyen fracturas, lesiones en tejidos blandos y cabeza; 1 de cada 5 ancianos que sufre caída requiere atención médica; la fractura de cadera es la lesión por caída más frecuente y de ellos, el 15% muere en el hospital y un tercio no sobrevive al año de la caída”.⁸

La “búsqueda de la equidad a lo largo del curso de la vida es indispensable para lograr un envejecimiento saludable. Casi 50% de las personas mayores entrevistadas para el estudio sobre salud, bienestar y envejecimiento (SABE) dijeron que no tenían los recursos financieros necesarios para satisfacer sus necesidades diarias, y una tercera parte no tenía una pensión ni un trabajo remunerado”.⁹

En “los países desarrollados, aproximadamente 75% de la población de mayor edad tiene algún tipo de pensión; en América Latina y el Caribe, solo 40% de las personas mayores tienen una pensión. Además, hay una diferencia significativa entre género: en las personas mayores, 11% de los hombres y 25% de las mujeres no tienen ingresos propios”.¹⁰

En las personas de edad más avanzada, el nivel de escolaridad es inferior que el de la población general y las tasas de analfabetismo son muy altas.

En el “Perú, las caídas son también una condición frecuente; el 33,3% de los pacientes que acude al consultorio externo de un hospital general refiere al menos una caída en el último año y se reporta como antecedente en el 39,7% de los pacientes hospitalizados”.¹¹

Cuando “se brinda cuidados al adulto mayor en condiciones de pobreza y cuando los cuidadores no tienen ninguna capacitación, recursos, o apoyo social o institucional, estos últimos están expuestos a un mayor riesgo de morbilidad; además, las personas mayores que están siendo atendidas corren mayor riesgo de sufrir trato negligente y abuso por parte de quienes los cuidan, que pueden sentirse abrumados por sus tareas”.¹²

La “vida intergeneracional no solo tiene lugar dentro de los hogares sino también entre las distintas generaciones, independientemente de las modalidades de convivencia. Sin embargo, las enfermedades y la discapacidad a menudo ponen bajo presión las relaciones familiares”.¹³

Según “una investigación realizada en Ica en el año 2016. respecto al riesgo de caídas en los adultos mayores se obtiene que 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 y según la problemática expresada motiva a realizar la investigación”.¹⁴

Para los adultos mayores cuando la salud comienza a fallar también se produce un cambio en el desempeño de sus roles sociales y familiares, aquí es mucho más fuerte el sentimiento de aislamiento social cuando no hay un soporte familiar que lo contenga. Es fundamental mantener y fortalecer el vínculo familiar en esta etapa de la vida de las personas.

Es frecuente observar que los adultos mayores presentan limitaciones propias de su edad y no pueden realizar sus actividades diarias, asimismo se observa la falta de participación activa del adulto mayor en actividades organizadas por la familia, pero esto no solo ocurre en la familia, sino también se enfrenta a la falta de apoyo de la comunidad y de los servicios de salud cuando se requieren cuidados especiales.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

Considerando la naturaleza de la investigación, los problemas se han formulado de la siguiente manera:

1.2.1. PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuál es la valoración del riesgo de caídas y estado social del adulto mayor de la jurisdicción del Puesto de Salud de San Rafael distrito de Pueblo Nuevo noviembre 2018?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECIFICOS:

PE1: ¿Cuál es la valoración del riesgo de caídas según la aplicación de la Escala de Dowton en el adulto mayor de la

jurisdicción del Puesto de Salud de San Rafael distrito de Pueblo Nuevo noviembre 2018?

PE2 ¿Cómo es el estado social del adulto mayor respecto a la escala de recursos sociales en el adulto mayor de la jurisdicción del Puesto de Salud de San Rafael distrito de Pueblo Nuevo noviembre 2018?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Los objetivos de la investigación son:

1.3.1. OBJETIVO GENERAL:

Determinar la valoración del riesgo de caídas y estado social del adulto mayor de la jurisdicción del Puesto de Salud de San Rafael distrito de Pueblo Nuevo noviembre 2018.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

OE1 Identificar la valoración del riesgo de caídas según la aplicación de la Escala de Downton en el adulto mayor de la jurisdicción del Puesto de Salud de San Rafael distrito de Pueblo Nuevo noviembre 2018.

OE2. Conocer el estado social del adulto mayor respecto a la escala de recursos sociales en el adulto mayor de la jurisdicción del Puesto de Salud de San Rafael distrito de Pueblo Nuevo noviembre 2018.

1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio tiene relevancia teórica porque brinda información actualizada sobre los factores de riesgo del adulto mayor relacionados con las caídas. Una estrategia para minimizar su incidencia es el uso de escalas de valoración que identifiquen a

estos, utilizando la escala de J.H. Downton. Dicha escala recoge alguno de los factores con mayor incidencia en el riesgo de caídas, siendo una escala validada, de fácil uso y aplicable en diferentes ámbitos tanto preventivo, como asistenciales.

Se considera importante evaluar el riesgo de caídas y estado social del adulto mayor, porque estos se asocian a los cambios del envejecimiento, cuya principal característica es la limitación de la capacidad de adaptación, conllevando a mayor riesgo de presentar enfermedades especialmente de carácter crónico degenerativo.

Se considera importante porque el profesional de enfermería durante la evaluación al adulto mayor, podrá obtener información respecto al riesgo de caídas y aspecto social del adulto mayor pertenecientes a la Jurisdicción del Puesto de Salud de San Rafael, por lo consiguiente se podrá diseñar intervenciones correctivas y evaluar la efectividad de las mismas, de este modo se estará contribuyendo a mejorar la calidad de vida de esta población.

El envejecimiento es una etapa en que se tiende a disminuir las relaciones sociales de allí la necesidad de investigar esta problemática desde el espacio familiar, debido a que la familia continúa siendo el mejor recurso de apoyo, porque es la proveedora principal de cuidados y fuente de soporte para el adulto mayor.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Las características propias de los adultos mayores pertenecientes a la jurisdicción del Puesto de Salud San Rafael hace que los resultados solo sean válidos para poblaciones que sean similares a esta zona de estudio, pues las realidades si bien es cierto son similares en Ica, pero no son iguales existiendo condiciones de sociodemográficas diferentes.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Antecedentes internacionales

García M. (2017) “Análisis descriptivo de las caídas y factores de riesgo asociados en personas mayores institucionalizadas de la Región de Murcia” Metodología. “Se desarrolló un estudio con metodología cuantitativa, con finalidad descriptiva, de corte transversal, sobre el colectivo de personas mayores de la Región de Murcia que se encuentra institucionalizada en los centros de atención socio sanitaria pertenecientes de la Asociación Edad Dorada Mensajeros de la Paz-Murcia. De las historias clínicas se llevaron a cabo el registro de los datos de caídas durante el último año como variable dependiente y las variables independientes fueron de tipo sociodemográfico, clínicas e instrumentos de medidas (índice de Barthel, Escala Tinetti, Mini Nutritional Assessment (MNA) y Mini Examen Cognoscitivo (MEC), el trabajo de campo abarcó de julio a septiembre de 2015. El análisis de estos datos se realizó con el programa estadístico SPSS 21.0. Resultados. Del total de la muestra de estudio, sufrieron caídas un 26,9%, siendo la frecuencia de una caída la más numerosa 15,8%. La edad media de la población que sufrió caídas fue de $84,08 \pm 8,10$ años, y no se encontraron” diferencias “estadísticamente significativas relacionadas con las caídas por circunstancias como la edad, el género o la de vivir en un entorno rural o urbano antes de la institucionalización. La clasificación de Grado I o dependencia leve según la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Personas en Situación de

Dependencia (LAPAD), tener diagnóstico de Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, problemas osteoarticulares o depresión, como los más relacionados con un mayor riesgo de caídas; al igual que el hecho de identificar las relaciones personas con el resto de residentes como conflictivas. Una valoración más elevada del Índice de Tinetti y en el examen de valoración cognitiva mediante el test Mini Mental State Examination (MEC), implican un mayor riesgo de caídas en los ancianos institucionalizados. La significación estadística de todas estas variables se estableció con un error aleatorio menor del 5%, $p < 0.005$ y un IC 95%. o podemos afirmar que exista un único patrón descriptivo de caídas en la población institucionalizada, debido a la gran heterogeneidad existente en el grupo de población anciana, aspecto que permite identificar distintos grupos de ancianos según la variable a la que se atienda, existiendo una gran variabilidad inter e intragrupos”. No obstante, algunos factores son comunes en la mayoría de los casos de caídas, tales como la ausencia o limitaciones leves en la movilidad y “a nivel de deterioro cognitivo, las relaciones personales conflictivas con el resto de residentes, y patologías crónicas como la Diabetes Mellitus, la Hipertensión Arterial o la presencia de problemas osteoarticulares pueden constituir un criterio predictor de caídas en este grupo de población”.¹⁵

Antecedentes nacionales

Fernández S, Huallanca K. (2017) “Factores intrínsecos y extrínsecos que determinan las caídas en el adulto mayor. Perú. Material y métodos: la búsqueda se ha restringido a artículos con texto completo y los artículos seleccionados se sometieron a una lectura crítica, utilizando la evaluación de Jover para identificar su grado de evidencia. Resultados: En la selección definitiva se eligieron 09 artículos, encontramos que el 33.3% (03) corresponden a México, con un 22.2% (02) encontramos a España y Cuba respectivamente; mientras que con un 11.1% (01) encontramos a Brasil y Perú. Han sido motivo de estudio una revisión sistemática de España y un

estudio de Cohorte perteneciente a Brasil con un 11.1%. Un 33.3% son estudios de Casos y controles de los países de España, México y Cuba. Por último, los estudios descriptivos”, con un 44.4%, de los países de Cuba, México y Perú. Conclusiones: “Se evidenció en las investigaciones revisadas que los factores de riesgo intrínsecos asociados a caídas corresponden a un 90%; siendo la edad mayor a 80 años, la alteración de la marcha, las alteraciones físicas como funcionales y cognitivas, el miedo a caer por antecedentes y la enfermedad vascular; los principales. Y como factor extrínseco 10%, se asoció al riesgo de caer a los pisos resbaladizos y la infraestructura del hogar como principales factores”.¹⁶

Mayhua R, Sánchez N. (2017) “Capacidad funcional y clima social familiar en usuarios del centro del adulto mayor Huancavelica. Perú. Objetivo. Determinar si existe relación entre capacidad funcional y clima social familiar en usuarios del Centro del Adulto Mayor Huancavelica -2017. Metodología. El diseño fue no experimental, transeccional, correlacional, la muestra estuvo conformada por 91 adultos mayores del Centro de adulto mayor de Huancavelica, el instrumento de recolección de datos fue la escala de clima social familiar y la ficha de observación de capacidad funcional”. Resultados “se llegó a observar que, el 52.75% de adultos mayores presentaron capacidad funcional de necesidad de ayuda, el 28,57% capacidad funcional dependiente y el 18% presentaron capacidad funcional independiente; en la dimensión de capacidad de subir y bajar escaleras que, el 56.04% tuvieron capacidad funcional dependiente, el 67.03% presentaron clima social familiar desfavorable y el 32.92% clima social familiar favorable. Así el 100% (91) adultos mayores, el 33% tuvieron clima social familiar favorable, de este 33%, el 18% adultos mayores son independientes al realizar sus actividades en clima social familiar favorable, el 14% de adultos mayores necesitan ayuda en un clima social familiar favorable y el 1% de adultos mayores es completamente dependiente en un clima social familiar

favorable. Conclusión. Estos resultados afirman que existe una relación significativa entre capacidad funcional y clima social familiar, es decir, si se tiene un clima social familiar adecuado se tendrá una mejor y adecuada capacidad funcional de los adultos mayores”.¹⁷

Quiñonez J. (2016) “Riesgo de caídas en los pacientes adultos mayores del Hospital Geriátrico del Policía San José. Perú. Material y método: Diseño de estudio sin intervención y observacional. Resultados: Se entrevistó 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 es de alto riesgo en el Hospital Geriátrico de la Policía “San José” enero 2017. Los factores con mayor influencia son la toma de medicamentos y los déficits sensoriales”.¹⁸

Gómez R, Herrera J. (2016) En su investigación “Nivel de Depresión y el Nivel Clima Social Familiar en usuarios del Programa del adulto mayor en el Hospital Santa Isabel Trujillo. La presente Investigación de tipo descriptivo correlacional, realizada en adultos del Programa de adulto Mayor en el Hospital Santa Isabel – El Porvenir, tuvo como objetivo de determinar el Nivel de Depresión y el Nivel Clima Social Familiar en usuarios del Programa. La muestra estuvo conformada por 63 adultos mayores”. Para el “análisis e interpretación de los resultados se utilizó la prueba estadística de Chi Cuadrado. Los resultados demuestran que el 42.9 por ciento presentan nivel de

depresión moderado, el 65.1 por ciento indica un nivel de clima social familiar promedio y el 71.4 por ciento un nivel de clima social familiar bajo, presenta un nivel de depresión severa. Los resultados nos muestran valores significativos, donde existe relación entre el nivel de clima social familiar y el nivel de depresión en los adultos mayores. Se puede evidenciar que la familia representa un papel muy importante sobre todo en las relaciones socioafectivas, que son primordiales para el adulto mayor y su bienestar psicológico y el desarrollo una mejor calidad de vida”.¹⁹

Contreras R. (2013) “Clima social en el entorno familiar según opinión de los adultos mayores usuarios del Centro De Salud Leonor Saavedra S.J.M. Lima. Objetivo: Determinar las características del clima social en el entorno familiar de los adultos mayores. Tipo de investigación: cuantitativo Nivel de investigación: aplicativo Diseño de investigación: descriptivo, de corte transversal. Muestra: 50 adultos mayores. Resultados: Predomina el sexo femenino con un 74% seguido de los varones con un 26%. Asimismo, las edades de los adultos mayores oscilan entre los 70-74 años (34%), seguido de las edades entre 65-69 años (26%). En menor proporción se hallan adultos mayores con edades entre 80 a más años” (12%). “En relación al clima social familiar de los adultos mayores, presenta características medianamente favorables con un 54% (27), seguido de un clima social familiar favorable con un 24% (12) y en menor porcentaje se presenta un clima familiar desfavorable con un 22% (11), en el componente social- recreativo al existir un 54% (27) de adultos mayores que nunca realizan prácticas deportivas, asimismo un 34% (17) nunca planifican salidas con fines recreativos, se ve afectada el componente de la autonomía en donde un 22% (11) no tienen libertad para expresar lo que piensan. Conclusiones: El clima social en el entorno familiar de los adultos mayores en la dimensión relacional”.²⁰

Antecedentes Locales

Bernuy P. (2016) “Riesgo de caídas del adulto mayor del Asentamiento Humano Las Lomas de Parcona Ica”. El trabajo de investigación tiene por “objetivo determinar el riesgo de caídas del adulto mayor del Asentamiento Humano Las Lomas de Parcona Ica, noviembre 2016. La investigación es de enfoque cuantitativo, según el alcance de la información es descriptivo, de diseño no experimental y según el intervalo de ocurrencia de los hechos es transversal. La población-muestra de estudio está conformada por 86 adultos mayores, seleccionados de manera no probabilística por conveniencia. Se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento una guía de entrevista estructurada, tomando como base la Escala de Downton modificada. Resultados: En relación a los datos generales el 43% (37) de los adultos mayores viven con sus hijos y el 48% (41) es de estado civil casado o conviviente”. Respecto “al riesgo de caídas del adulto mayor según dimensión edad, el 49% (42) tienen riesgo bajo, el 28% (24) riesgo medio y el 23% (20) riesgo alto; según el sexo el 37% (32) presenta riesgo alto y el 63% (54) riesgo bajo; según causas intrínsecas el 65% (56) tiene riesgo medio, el 26% (22) tiene riesgo bajo y el 9% (08) tiene riesgo alto; según causas extrínsecas, el 78% (67) tienen riesgo medio, el 16% (14) tienen riesgo alto y el 6% (05) tienen riesgo bajo; según consecuencias es medio en el 67% (58), alto en el 18% (15) y bajo en el 15% (13); según resultados globales, el riesgo de caídas del adulto mayor es medio en el 47.6% (41) bajo en el 31.8% (27) y alto en el 20.6% (18). Conclusiones: El riesgo de caída en el adulto mayor del Asentamiento Humano Las Lomas de Parcona, es medio, por lo que se rechaza la hipótesis de la investigación”.²¹

2.2. BASES TEÓRICAS

El “aumento progresivo de las expectativas de vida en todas las sociedades presenta para los próximos decenios el importante desafío de definir el significado y los roles sociales de los adultos mayores. Este desafío implica la necesidad de realizar arreglos sociales que permitan a las personas mayores el desarrollo de todas sus potencialidades en busca de un envejecimiento exitoso. Un envejecimiento exitoso y saludable tiene que ver con la funcionalidad biológica y social que permite la plena integración social y familiar de los que envejecen, lo que implicará superar las barreras sociales y culturales que aún persisten e impiden a los adultos mayores desarrollar sus potencialidades”. En las modificaciones que deban realizarse están involucrados el estado, las organizaciones sociales, la comunidad, la familia y cada uno de los individuos.

ESTADO SOCIAL DEL ADULTO MAYOR

En “la valoración geriátrica integral un eje fundamental es la valoración social, ya que, si todas las personas están inmersas en una red de relaciones sociales más o menos intensa, con interdependencias constantes, esto es aún más cierto en el caso de las personas mayores. En ellos, el riesgo de fallo de esta red, por los cambios tanto físicos como psicológicos que ocurren en este grupo de edad, es muy alto y ocasiona graves problemas tanto de salud como de manejo social”.

Las redes sociales “se definen como el conjunto de relaciones y contactos de un individuo y es el marco estructural de acceso al soporte de ese individuo. Este conjunto de relaciones son informal” (familia, amigos y conocidos) y formales (servicios sociales comunitarios y gubernamentales, ONG, etc.).

La “valoración del estado de estas tramas sociales es dificultoso, no sólo por las trabas que en el interrogatorio nos encontramos en cualquier persona mayor (problemas en los órganos sensoriales, alteraciones cognitivas, problemas de comprensión y diferencias de conceptos intergeneracionales) sino también porque las relaciones sociales informales suelen ser las principales (en muchas ocasiones las únicas o ni siquiera eso) que puede tener la persona anciana y éstas tienen una carga de valores muy importante”.

Uno “de los factores más importantes que se han de detectar en la valoración social es el nivel de sobrecarga de los cuidadores. Esto se define por el estado subjetivo de gran incomodidad o molestia originada por la prestación continuada de cuidados, con consecuencias de tipo físico, emocional, social y financiero.

La sobrecarga, el cansancio en la administración del cuidado de una persona dependiente, puede llevar a una negligencia o incluso al maltrato o al abuso en casos extremos. Asimismo, hay que tener en cuenta el daño que sufre el propio cuidador, que de forma secundaria también padece el anciano cuidado”.²²

ESCALA DE RECURSOS SOCIALES:

Tanto “la salud como el funcionamiento social se afectan recíprocamente. Se conoce que personas con un buen funcionamiento social tienen un mejor desempeño diario, y al mismo tiempo, personas con buena salud mantienen un funcionamiento social más adecuado. Así, el funcionamiento social puede ser visto como factor protector o como factor de riesgo en el bienestar de las personas adultas mayores. Si el Centro de Salud cuenta con un trabajador social como parte del equipo de atención primaria, es importante que la valoración social de las personas adultas mayores se incorpore como elemento integral a la valoración médica y de enfermería”.

La evaluación del funcionamiento social puede servir para determinar los factores protectores con los que cuenta el individuo para su bienestar y los factores de riesgo que necesitan vigilancia y quizás intervención psicosocial.

El “contexto de la evaluación geriátrica, permite conocer los recursos con que cuenta la persona, así como su grupo de atributos sociales, los que pueden eventualmente llegar a decidir si necesitará cuidados permanentes o cuidados parciales.

La evaluación de recursos sociales puede indicar también que “algo anda mal”. Relaciones sociales, actividades comunitarias que anteriormente realizaba una persona de edad y que ahora no realiza, pueden ser una luz de alarma de que algo está pasando”.

La “valoración social de una persona mayor con fragilidad puede indicar las intervenciones sociales necesarias para evitar una institucionalización prematura.²³

Los grandes retos al momento de medir el funcionamiento y los recursos sociales, es que éstos tienen un componente objetivo y uno subjetivo, así como la determinación de qué tipo de medición es la más adecuada en un contexto particular. El componente objetivo valora, por ejemplo: la frecuencia de contactos sociales, la existencia de redes sociales, etc. El componente subjetivo viene dado por la evaluación del propio individuo, de si su situación social es satisfactoria o no”.

El “componente subjetivo se relaciona con el apoyo emocional, el afecto familiar, los confidentes, la satisfacción con la familia y los sentimientos de utilidad y de soledad, entre otros. El componente objetivo se relaciona con el tamaño de la red familiar y social, los recursos financieros, las características de la vivienda, la convivencia, la necesidad y existencia de un cuidador”, entre otros.

Una atención integral para las personas adultas mayores debería contar con una canasta básica de recursos, prestaciones e intervenciones sociales vinculadas y coordinadas con el centro de salud comunitario. “Un correcto diagnóstico social del adulto mayor condiciona el éxito de una coordinación apropiada de los recursos necesarios para la realidad del individuo”.²⁴

Estado civil: Desde “el punto de vista del estado civil, las más afectadas son las mujeres adultas mayores que nunca se casaron, o aquellas que quedaron viuda. Esto se debe a la viudez a la que llega la mayoría de personas de 80 y más años por el fallecimiento de su cónyuge. En esta etapa adulta mayor, la pareja se une más estrechamente, dependiendo uno del otro; pero que a su vez puede crear nuevos problemas, pues cada uno intentará hacer al otro dependiente y, al mismo tiempo, querer mantener su propia independencia”. Debido al avance propio de la edad, “se presentarán problemas de salud, entre ellos el cáncer, la diabetes, artrosis, reumatismo, enfermedad del Alzheimer, mal de Parkinson, arterosclerosis, discapacidad motora o visual, entre otros. Esto puede ser motivo de conflictos en la pareja y en la familia misma. Cuando el hombre adulto mayor enviuda, suele quedar desvalido, y no es raro que busque una nueva pareja que lo cuide. Esta mujer puede ser vista por los hijos y el resto de la familia como una intrusa, sobre todo en lo que concierne al patrimonio familiar”. En el caso de la mujer que enviuda, una vez que ha superado la etapa del duelo, puede sentirse libre y con una independencia que antes, quizás, no tenía.²⁵

Con quien vive: “El adulto mayor al llegar a edades más avanzadas se encuentra con una jubilación escasa denigrante, lo que hace que debe depender necesariamente de otras personas denigrándolo apartándolo de todo lo que antes disfrutaba, por ejemplo, comía lo que quería, ahora lo que puede o lo que le dan,

en esta edad aumentan los gastos farmacológicos, cuidados personales y la sociedad no le da oportunidad de obtener un mayor ingreso. En algunos casos las familias no se encuentran preparadas para atender a sus familiares” y lo único que desean es dejarlos en los hospitales que ellos se hagan cargo, pero, en otros casos (una gran mayoría) es el hospital “quien los abandona los devuelven a su casa sin preparar a sus familiares para que lo cuiden y a veces ni siquiera le avisan a la familia que el paciente está de alta. En el caso que el paciente se quede en el hospital quedan en un total abandono después de un tiempo son devueltos a sus casas, con escaras profundas y múltiples. En el hogar se puede producir la situación que el paciente por un lado sea aceptado como tal y la familia se preocupa por él, pero, la presión del medio ya sea trabajo, estudios lo apartan del adulto mayor y este va quedando abandonado, otras veces puede ser, porque, la familia no entiende el proceso que vive el adulto mayor y lo encuentra un estorbo que no quiere cooperar, en consecuencia, lo apartan, lo abandonan”. Otros adultos mayores se encuentran abandonados en las calles, aunque existen hogares para este tipo de ancianos, pero, son insuficientes.²⁶

Visitas: “El descuido a un adulto mayor ocurre cuando el cuidador no lo cuida apropiadamente. Un cuidador podría ser un familiar o alguien más que es responsable por el adulto mayor. Él podría dejarlo solo en lugares inseguros. Podría no darle los tratamientos que necesita o darle una cantidad equivocada de medicamento. El descuido puede suceder en el propio hogar, en el del cuidador o en instalaciones, como un asilo de ancianos. El adulto mayor tiene el derecho de ayudar a planear sus propios cuidados. Si el adulto mayor no recibe tratamiento, podría desarrollar problemas de salud y emocionales graves. Él podría desarrollar deshidratación y desnutrición. La desnutrición ocurre cuando él no obtiene las calorías o los nutrientes suficientes de los alimentos para

mantenerlo saludable”. Es posible que el adulto mayor también presente depresión. El descuido, la falta de visitas a un adulto mayor es grave y representa una amenaza para la vida.²⁷

Comunicación telefónica: “Los adultos mayores son personas que apenas se están adaptando a este mundo tecnológico del cual disfrutamos en la actualidad. El teléfono celular está mejorando su calidad de vida, fortaleciendo la comunicación con familiares y amigos. ¿Pero qué pasa con aquellos que no lo usan? Esta respuesta se obtiene ya que creen que están excluidos del mundo tecnológico, que no están en la capacidad de aprender a entender la tecnología o por el mismo miedo que les da la innovación de algo totalmente nuevo y que está por fuera de los medios normales de comunicación que han utilizado toda su vida. Para enseñar a los adultos mayores a utilizar el teléfono celular, tenga en cuenta que se les debe brindar seguridad, se debe enfocar la educación en perder el miedo a usar la tecnología. Se debe explicar de una forma muy clara y sencilla, hablar en un tono de voz adecuado, sin gritar, pero fuerte para que las personas que tienen dificultades auditivas puedan escuchar”. Mejora la comunicación con los familiares y amigos, acceso a la información de diferentes sucesos en el mundo y ayuda a ejercitar su habilidad mental.²⁸

Personas que no viven con él: “Hay un periodo en la vida de todos en la cual la vida se ve alterada; empiezan a haber señales y una serie de cambios que dicen que se empieza a acercar la vejez. Sus hijos empiezan a irse de casa a establecer su propia familia; se jubilan y se dan cuenta que están pasando mucho más tiempo con su pareja; normalmente tienen menos dinero para mantenerse; probablemente han sufrido alguna enfermedad; tal vez han perdido algún cercano amigo por muerte”. Por lo tanto, su vida se ve considerablemente alterada en estos años de su vida y esto

provoca distintas percepciones de la vida y de la vejez en general.²⁹

Personas de confianza: “La familia como institución y grupo es en parte la responsable del funcionamiento inapropiado de algunos de sus miembros, pero también puede ayudar a ser en si misma portadora de recursos en materia de asistencia de posibilidades creativas. El desarrollo armónico de la familia se ve influido por múltiples factores; uno de ellos lo constituye la satisfacción de las necesidades materiales, afectivas, la comunicación y la forma en que la familia perciba las situaciones estresantes”.³⁰

Soledad: “Muchas personas de la tercera edad deben vivir solas, muy a pesar de sus deseos. Si a esta falta de compañía le sumamos una baja constante de las actividades y de contactos sociales, comprenderemos lo tediosa y sofocante que puede ser la vida de muchos de nuestros adultos mayores. Disminuyen los recursos emocionales y se detonan las depresiones: los recursos emocionales de esta etapa con frecuencia disminuyen debido a muchas crisis y tensiones acumuladas, a las que las personas deben enfrentarse y que pueden ser el detonador de algún problema de salud” mental.

La soledad en “personas mayores como enfermedad es un proceso muy complejo, donde su abordaje requiere una visión innovadora, cuyas acciones deben tener un componente humanizado cuyos objetivos de intervención tiene en cuenta todos factores asociados que permitan poner en evidencia por qué determinadas personas se sienten solas. Aquellas personas que presentan signos clínicos de soledad puede ser una “señal de alerta precoz” preclínica para el desarrollo de la demencia tipo Alzheimer, ya que estos pacientes tienen una probabilidad de hasta 7,5 veces mayor de sentirse solas. Motivo por el cual la soledad se ha transformado un síntoma neuropsiquiátrico mayor para la enfermedad pre-clínica de la

demencia tipo Alzheimer en tiempos de vejez”. La soledad está asociada a una mayor carga de beta-amiloide cortical y, por lo tanto, con riesgo mayor para desarrollar esta enfermedad neurodegenerativa.³¹

Presencia de familiares o amigos: “La familia tiene también un papel muy importante, sobre todo en el ámbito de las relaciones socio-afectivas ya que es la más idónea para proporcionar sentimientos de arraigo y seguridad, ofrecer sentimientos de capacidad, utilidad, autoestima, confianza y apoyo social. La vida de la mayoría de los individuos de edad avanzada se enriquece por la presencia de personas que cuidan de ellos y a quienes éstos sienten cercanos. La familia es todavía la fuente primaria de apoyo emocional, y en la edad avanzada tiene sus propias características especiales”. Ante todo, es probable que sea “multigeneracional. La mayoría de las familias de las personas de edad avanzada incluyen por lo menos tres generaciones; muchas alcanzan cuatro o cinco. La presencia de tantas personas es enriquecedora. La larga experiencia de afrontar tensiones puede dar confianza a estas personas en el manejo de cualquier situación que la vida ponga en su camino, y hacen que se conviertan en referentes y brindadores de experiencias”.³²

Los amigos constituyen una fuente sustituta importante de soporte psicológico, especialmente en el caso de personas viudas o de aquellas que nunca tuvieron hijos.

Aunque “los adultos mayores puedan mantener lazos con generaciones menores o con familiares, la presencia de amigos de la misma generación incrementa los recuerdos compartidos y la sensación de bienestar, pues estos se convierten en fuentes de alegría, ofrecen intimidad y brindan oportunidades para compartir actividades recreativas”.³³

Prestación de ayuda: En la actualidad “los modelos de salud que predominan tienen una tendencia a la atención de grupos etareos de adultos jóvenes y niños, dejando de lado la atención al adulto mayor, quienes son tratados como grupo homogéneo, independientemente de la edad, condicionando una situación de vulnerabilidad en materia de atención, lo cual se traduce como un riesgo para la salud de esta población”.

El “apoyo de las familias para el cuidado prolongado de los adultos mayores en los hogares es nulo o limitado, debido a que existen pocos programas de educación para la salud orientados a la familia. El personal de las instituciones de salud cuenta con una capacitación limitada para el abordaje integral del adulto mayor y para la implementación de estrategias educativas orientadas a la población en general”.

El sistema de salud en la actualidad, a nivel de atención primaria, considera que el enfoque debe ser preventivo, efectivo, seguro y eficiente. “Los programas se basan en promoción para la salud desde edades tempranas, para mejorar la calidad de salud al llegar a la vejez, término conocido como «envejecimiento saludable», esta prevención primaria, aunado a las detecciones de factores de riesgo, constituyen el aspecto fundamental de los programas en el primer nivel de atención. Se incluye también dentro de estos puntos la detección temprana de enfermedades crónico-degenerativas, el tratamiento y control de enfermedades y un modelo integrado donde se promueve o fomenta el autocuidado de la salud y se articula con el cuidado profesional”.³⁴

Intervenciones sociales en el adulto mayor:

Una “atención integral para las personas adultas mayores debería contar con una canasta básica de recursos, prestaciones e intervenciones sociales vinculadas y coordinadas con el centro de

salud comunitario. Un correcto diagnóstico social del adulto mayor condiciona el éxito de una coordinación apropiada de los recursos necesarios para la realidad del individuo.”

Los recursos sociales de una comunidad (municipio, comuna, delegación, etc.) “usualmente pertenecen a una variedad de sectores: públicos, voluntariados o privados. Un directorio de recursos sociales es indispensable para el funcionamiento eficiente de la atención integral a las personas adultas mayores. Enfermería vincula y coordina los recursos según las necesidades, y mantiene una supervisión y monitoreo de los mismos. También evalúa periódicamente la situación de la persona, que puede ser muy cambiante, y adecúa las intervenciones de acuerdo a la situación”.

En general, en la atención primaria el profesional de enfermería tiene los siguientes roles:

- “Diagnostica factores de riesgo social y actúa en su prevención y resolución.
- Informa a las personas adultas mayores y sus familias sobre los servicios y prestaciones sociales.
- Identifica necesidades y, conjuntamente con el adulto mayor programa las diferentes estrategias de solución.
- Asesora al individuo y a la familia en problemas económicos, familiares y sociales”.
- “Realiza, acompaña o supervisa las gestiones necesarias para la resolución de los problemas que presentan los adultos mayores.
- Investiga las redes informales y cuasi formales con el fin de procurar recursos cuando no los hay o es necesario viabilizar los existentes.
- Imparte asistencia social individualizada o manejo de caso a las personas adultas mayores que lo precisen y demanden.

- Conduce consejería de grupo para el desarrollo de habilidades de los miembros de clubes o centros de adultos mayores”.
- “Dirige grupos de ayuda mutua y promueve la vitalidad mental y social de los grupos de adultos mayores en la comunidad.
- Identifica personas que tienen riesgo de aislamiento social o falta de apoyo familiar.
- Hace abogacía en la comunidad para promover espacios y respuestas apropiadas para las personas adultas mayores.
- Procura, por medio de su trabajo comunitario, la integración social de las personas adultas mayores”.³⁵

Por otra parte Stanley “considera que la enfermería geriátrica debe basarse en la actuación de estándares de enfermería clínica y de estándares de eficacia de enfermería profesional, brindando una actuación independiente, siendo esta actuación independiente una colaboración disciplinar en el grupo interdisciplinario de cuidados en colaboración con el grupo interdisciplinario de cuidados con la vertiente de influir en los resultados de salud, mejorando o conservando el estado de salud del adulto mayor al maximizar el estado funcional de bienestar y calidad de vida basados en planes de cuidados a partir de la valoración integral adecuada culturalmente”.³⁶

En “el cuidado del adulto mayor debe considerarse la capacidad funcional que este presenta, la misma que debe ser valorada, tomando en consideración múltiples elementos como son los cambios fisiológicos propios del envejecimiento y distinguirlo de las modificaciones que provocan los procesos mórbidos, implicando la pérdida de capacidad funcional para desempeñar las ABVD. El profesional de enfermería debe adoptar un modelo teórico del cuidado a partir de la concepción de ser humano que tenga, y las características de los usuarios que van a ser el blanco del cuidado”.³⁷

Cuidado de enfermería y el Autocuidado:

Se “fundamenta en el marco conceptual del modelo de Dorothea Orem. Para Orem, enfermería debe identificar las capacidades potenciales de autocuidado del individuo para que ellos puedan satisfacer sus necesidades de autocuidado con el fin de mantener la vida y la salud, recuperarse de los daños y de la enfermedad y manejarse con sus efectos. El foco de enfermería es identificar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado de los pacientes”. La meta de enfermería es eliminar el déficit entre las capacidades de autocuidado y la demanda. Los “problemas de enfermería son la deficiencia de los requerimientos/necesidades universales del desarrollo y desviaciones en la salud. Los cuidados de enfermería se orientan en sistemas de enfermería compensatorio total (la enfermera realiza todo el autocuidado del paciente; sistema compensatorio parcial (enfermera y paciente realizan el autocuidado) y el sustentador-Educativo” (la enfermera ayuda a superar cualquier limitación en el autocuidado).³⁸

RIESGO DE CAÍDAS

Caídas:

Caída “es el evento en que el individuo cae al suelo o se desplaza a niveles inferiores a la posición inicial, excluyendo cambios intencionales. La evaluación del paciente y la identificación de las características que pueden aumentar la probabilidad de caídas son fundamentales para planificar estrategias de prevención efectivas”.³⁹

El riesgo de caídas, “es el aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico La importancia de las caídas radica en su potencial morbilidad y en su papel como marcador para detectar patologías subyacentes”.

Las “caídas reiteradas deben considerarse como indicadores de una situación de fragilidad o tendencia a la discapacidad y son tanto el resultado como la causa de patologías diversas, pudiendo incluso suponer causa directa de muerte para el individuo o bien a través de sus implicaciones mórbidas”.⁴⁰

Las “caídas en personas mayores constituyen uno de los síndromes geriátricos más importantes por la elevada incidencia en este sector de la población y, sobre todo, por las consecuencias que acarrearán y las repercusiones que provocan en el anciano.

La mitad de las personas mayores que se caen lo hacen repetidas veces. Es un problema en el que se suele “reincidir”. Es una paradoja, pero la caída es un factor de riesgo para sufrir nuevas caídas.

Pese a que las caídas constituyen un fenómeno frecuente durante la vejez que pueden originar graves consecuencias, son un problema frecuentemente ignorado y muchas veces no se les presta la atención necesaria.

Se tiene la idea errónea de que las caídas son eventos comunes e incluso normales dentro de la vida cotidiana de las personas adultas mayores. De hecho, se asume como una consecuencia natural del proceso del envejecimiento.⁴¹

Clasificación de caídas:

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

- **Caída prolongada:** Es aquella en la que el adulto mayor permanece en el suelo por más de 15 o 20 minutos por incapacidad de levantarse sin ayuda”. Los adultos mayores que tienen mayor prevalencia de caídas prolongadas son: aquellos de 80 años o más, con debilidad de miembros, con dificultades para las actividades del vivir diario y/o toman medicación sedante.

Un “indicador de la calidad de los cuidados de enfermería, es la prevención de caídas, realizándose un monitoreo continuo a través de los programas de calidad existentes en los centros hospitalarios.

Aunque todos los pacientes tienen, en alguna medida, riesgo de caerse durante su estancia hospitalaria, existen múltiples factores asociados al aumento del riesgo que sería necesario detectar a través de instrumentos de evaluación, que identifique al paciente de alto riesgo y así poder reducir el número de caídas en el hospital”.⁴²

VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS:

Hay “consenso en que las caídas pueden ser el resultado de la interacción de muchos factores y el riesgo de caer es más elevado a medida que aumenta el número de factores que presenta el individuo.

Una reciente revisión de 16 estudios sobre el riesgo de caídas ha establecido una clasificación en la que aparecen, de mayor a menor, los siguientes riesgos más comunes de sufrir caídas: debilidad muscular, historia de caídas anteriores, deficiencias al caminar, problemas de equilibrio, necesidad de utilizar aparatos, déficit visual, artritis, dificultades para realizar las actividades cotidianas, depresión, trastornos cognitivos y la edad. Otro factor de riesgo es la poli medicación, y entre los fármacos implicados con más frecuencia se citan los hipnosedantes, los antidepresivos y los antipsicóticos. También las condiciones del entorno urbano y

doméstico, entre las que se hallan las viviendas inadecuadas, la inadaptación de los espacios públicos y el incumplimiento de las normas de seguridad vial, constituyen importantes factores de riesgo”.

En el “ámbito de la atención primaria y los servicios sociales, la identificación de las personas de mayor riesgo, especialmente a las que tienen antecedentes de caídas, el control de la medicación, la alimentación adecuada, la valoración de la audición, la visión y la movilidad, la detección de problemas podológicos y el consejo para el mantenimiento de la actividad física regular, así como la visita al domicilio para la valoración de los riesgos existentes en el hogar, son medidas que pueden aportar beneficios. Las políticas de urbanismo y vivienda desempeñan un papel determinante en la eliminación de riesgos y la introducción de medidas que faciliten la movilidad y autonomía”. Por último, la educación e información a la población anciana, a sus familiares y a la población en general para el reconocimiento de los factores de riesgo de las caídas pueden contribuir a su disminución. ⁴³

En la “evaluación inicial se identifican todos los factores de riesgo respecto a las caídas. Para ello es necesaria la aplicación de escalas para valorar e identificar a los usuarios que tengan riesgo de caer.

Para fines del estudio, se hará uso de la escala de valoración de Downton indicada por el Ministerio de Salud, donde considera cinco criterios que están relacionados con el riesgo que el paciente tiende a sufrir una caída y estos son: Caídas previas, medicamentos, deficiencias sensoriales, estado mental y marcha o deambulación”.

Caídas previas:

Las “caídas generan miedo a caer nuevamente o un estado continuo de ansiedad, pérdida de confianza, aislamiento e incluso, agresividad. Más de la mitad de los adultos mayores que caen, admiten vivir con el temor de una segunda caída y una cuarta parte reconoce que debido al miedo a caer se han hecho dependientes para bañarse y vestirse”.⁴⁴

Según la Escala de Downton, se asigna 1 punto cuando el paciente ha presentado una caída o en los últimos tres meses, en caso de que el adulto mayor no haya sufrido de caídas, se le asigna la puntuación de cero “0”.

Por ello “es importante conocer antecedentes de caídas previas e indagar y actuar sobre los factores que desencadenan o desencadenaron la caída”.

Medicamentos:

Por lo “general este grupo etéreo toma varios tipos de medicación como antihipertensivos, diuréticos, laxantes y enemas, antidepresivos o ansiolíticos, hipoglucemiantes, betabloqueadores, antiarrítmicos, que pese a no ser precursores de las caídas aumentan el riesgo de sufrirlas cuando se suman a uno o varios de los factores de riesgo. No obstante, el no tomarlos conlleva un riesgo mucho mayor e inmediato para la salud”.⁴⁵

Considerando “la escala de Downton, se considera 1 punto cuando el paciente toma algún medicamento que va a influir en su estado de alerta, tales como: sedantes o tranquilizantes, diuréticos, hipotensores, anti parkinsonianos, hipoglucemiantes, en caso no ingiera medicamento se considera cero” “0”.

Por lo que el profesional de enfermería debe observar los efectos que ocasionan los medicamentos y educar a la familia y al paciente acerca de las acciones adversas que puedan presentar.

Déficit sensorial:

Es la “afección total o parcial de la función visual, auditiva, gustativa y olfatoria, que además de limitar uno o más sentidos, genera disfunción en la esfera biológica, psicológica y social, con repercusión directa en la independencia y la calidad de vida.”⁴⁶

Las deficiencias en la visión y audición deben ser considerados como síndromes geriátricos porque trascienden en todos los mecanismos de la esfera bio-psicosocial, y limita la labor del adulto mayor, tanto en las actividades básicas y las instrumentales de la vida diaria, transformándolo en un ser dependiente, disminuyendo su capacidad motriz incrementando los riesgos de accidentes en casa con posibles caídas”.

Teniendo en consideración lo mencionado anteriormente, es necesario “que el profesional de enfermería realice constantemente la valoración del déficit sensorial de las personas hospitalizadas, pues se convierte en factor de riesgo de las caídas. Es necesario ayudar al paciente a que lleve correctamente sus prótesis, audífonos o lentes, si es posible ayudarles a que se lo coloquen”.

Según la Escala de Downton, se considera 1 si presenta algún tipo de déficit sensorial y 0 (cero) cuando no lo presenta.

Estado mental:

Existen diferentes fases de estado mental de una persona y estos pueden ser:

- **“Agitado:** Fases de agitación de forma brusca e intermitente, agitación de forma permanente, agitación acompañada o no de desorientación o pérdida de conciencia.
- **Confuso y desorientado severo:** Perturbación de la memoria de forma permanente y perturbación de la orientación de forma permanente en lugar, tiempo y espacio”.
- **“Confuso y desorientado leve:** Perturbación de la memoria de forma intermitente, perturbación de la orientación de forma intermitente en lugar, tiempo y espacio.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se pueden determinar los niveles de compromiso de conciencia:

- **Lucidez.** Estado de plena alerta. Corresponde a la persona normal, que es capaz de mantener una conversación y dar respuestas atinentes a las preguntas que se le formulan”.
- **Somnolencia.** El paciente impresiona durmiendo, pero al llamarlo por su nombre o hablarle en voz más fuerte abre los ojos, mira al examinador, responde preguntas y luego nuevamente sigue durmiendo.
- **“Obnubilación.** Ya es necesario tocar o agitar al paciente, como tratando de despertarlo. Ante esto, abre los ojos, mira al examinador, pero responde lentamente y está algo desorientado” (confuso). No muestra interés en el medio ambiente.
- **Sopor.** Es una etapa más avanzada de compromiso cuantitativo de conciencia. Para obtener respuestas es necesario aplicar estímulos dolorosos. Las respuestas verbales son lentas o, incluso, ausentes. No tiene conciencia de sí mismo ni del ambiente.
- **Coma.** Es el nivel más avanzado de compromiso cuantitativo de conciencia. En esta etapa no es posible obtener respuestas

siquiera aplicando estímulos dolorosos. Algunas reacciones que se pueden presentar, son, en realidad, reflejos” (por ejemplo, reacciones de descerebración). Los signos vitales se mantienen.⁴⁷

La Escala de Downton considera 0 (cero) cuando el paciente está orientado y 1 cuando hay presencia de alguna alteración mental.

Deambulaci3n:

La “mayor parte de las personas aprende a andar tan pronto y tan bien que no presta mayor atenci3n a los detalles de la deambulaci3n que la que pueda prestar por ejemplo al simple acto respiratorio.

Por desgracia, el proceso de envejecimiento hace que el andar requiera un mayor esfuerzo y los problemas de la deambulaci3n, inducidos por las enfermedades, el sedentarismo, los efectos colaterales de los f3rmacos o el deterioro fisiol3gico, pueden reducir la movilidad y conducir a la inactividad, a la falta de autonomía motora y a las caídas”.

Pero, “los adultos mayores con un estado de salud adecuado y que han tenido actividad durante toda su vida, tienden a envejecer solo presentando pequeños cambios al deambular; sus movimientos se enlentecen, el paso se hace más corto, así como los movimientos de los brazos y de los pies”. “Estos cambios fisiol3gicos se registran de forma gradual y resultan difícilmente reconocibles. No obstante, la posibilidad de efectuar una diferenciación entre cambios fisiol3gicos y grave problema deambulatorio es lo que precisamente permite al médico actuar a tiempo a través de la fisioterapia o a través de un programa de ejercicio físico y, si fuera posible, frenar el declinar de la movilidad”.

La forma normal de andar se halla en realidad constituida por una serie de caídas controladas. “El baricentro del individuo se desplaza hacia delante en el momento en el que el pie posterior se levanta del

suelo; el cuerpo se mantiene inestable hasta que el miembro acaba su desplazamiento hacia delante y el pie es de nuevo apoyado en el suelo". Por lo general, la serie de movimientos complejos de la cadera, rodilla, tobillo y pie, así como los movimientos asociados del resto del cuerpo, son actividades inconscientes.

Por otro lado, "existen ciertas modificaciones específicas de la deambulación que se observan en los pacientes más ancianos, como son por ejemplo las que afectan a la fuerza muscular y que son atribuibles a la inactividad más que al propio envejecimiento.

La disminución de la masa muscular y la falta de actividad pueden causar problemas físicos graves, tales como disminución de la reserva cardíaca, pérdida de potencia muscular, osteoporosis, alteraciones de los reflejos y lesiones por decúbito".

La inactividad puede además reducir la capacidad funcional y conducir a la dependencia de los demás. "Así, por ejemplo, los individuos que se ven obligados a permanecer en casa andan más despacio que las personas que gozan de una mayor independencia". Los sujetos que han sufrido una caída tienden a sufrir cambios mayores: andan más despacio y sus pasos son más cortos e irregulares.⁴⁸

ESCALA DE VALORACIÓN DE J. H. DOWNTON:

Los "criterios relacionados con el riesgo potencial del paciente a sufrir caídas que considera son cinco. Las caídas previas, medicamentos, deficiencias sensoriales, estado mental y la marcha". Clasificando el riesgo de caídas de la siguiente manera:

Riesgo Bajo: 0 a 2 puntos.

Riesgo Alto: 3 a más puntos. ⁴⁹

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS:

Las “estrategias han de ser integrales, dirigidas a identificar los factores de riesgo para utilizar estrategias preventivas eficaces, apoyando las políticas que creen entornos más seguros y reduzcan los factores de riesgo, promoviendo la educación individual y comunitaria para incrementar la concientización en las personas.

Las estrategias estarán dirigidas a reducir el número de personas que la padezcan, disminuir su frecuencia y reducir la gravedad de las lesiones que producen”. Los componentes que se han de utilizar para identificar y modificar los riesgos, son:

- “Examen del entorno donde vive la persona para detectar riesgos.
- Intervenciones clínicas como los exámenes, modificación de la medicación, tratamiento de la hipotensión, administración de suplementos vitamínicos o el tratamiento de los trastornos visuales; para identificar factores de riesgo.
- Prescripción de dispositivos de apoyo para menguar los problemas físicos y sensoriales”.
- “Fortalecimiento muscular y ejercicios de equilibrio prescritos por profesionales con formación adecuada.
- Organizar programas grupales que agreguen sesiones educativas para prevenir caídas y ejercicios tipo Tai-Chi o de equilibrio dinámico para el fortalecimiento de los músculos”.
- Incentivar el uso de protectores de cadera en personas con riesgo de fractura de cadera en caso de producirse una caída.

Prevención primaria:

“Son todas aquellas acciones dirigidas a impedir que se produzca una caída y se aplica a toda la población mayor. En este nivel se consideran las siguientes intervenciones:

- a. Campañas de educación para la salud, promocionando hábitos saludables.
- b. Medidas de seguridad del entorno.
- c. Detección precoz de factores de riesgo.

Prevención secundaria:

En esta etapa se precisa de un diagnóstico oportuno dirigido a identificar y reducir factores de riesgo de caídas futuras.

“La valoración exhaustiva del adulto mayor con caídas y la aplicación de medidas multifactoriales es la clave para una prevención eficaz”.

Prevención terciaria:

Cuya meta global está dirigida a mermar el riesgo de caídas. Las actividades de la prevención terciaria, tienen como fin disminuir las incapacidades que presenten los pacientes, como consecuencias físicas y psicológicas de las caídas, en base a actividades de recuperación y rehabilitación de la salud en los adultos mayores”.

Tras una caída se debe:

- a. Enseñar al adulto mayor a levantarse.
- b. Rehabilitar la estabilidad.
- c. Reeducar la marcha.
- d. Rehabilitar los trastornos del equilibrio.
- e. Tratar el síndrome post caída.⁵⁰

Adulto mayor

“Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud se define como adulto mayor o anciano toda persona mayor de 60 años, subdivididos en las siguientes categorías:

- Tercera edad: 60 a 74 años
- Cuarta edad: 75 a 89 años
- Longevos: 90 a 99 años
- Centenarios: más de 100 años”.⁵¹

MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLA J. PENDER

El modelo dado por Pender N. “establece dos aspectos importantes, primero identificar los factores que determinan las conductas que permiten el cuidado de la salud, este aspecto debe involucrar diversas situaciones como las sociales, económicas, culturales, personales que de alguna forma afectan o fortalecen el bienestar de la persona. el profesional de enfermería toma en cuenta dicho aspecto a través de la valoración realizada a la familia, puesto que cuando existe algún riesgo que conlleva a la enfermedad, la repercusión del estado de salud no solo recae en un individuo sino en el entorno familiar”.

El segundo “aspecto corresponde a la educación, que tal como afirma la autora, todo profesional de enfermería debe asumir en el primer nivel de atención o en cualquier instancia, el rol educador efectivo busca difundir formas de comportamientos que cuidan la salud de las personas incidiendo principalmente en los estilos de vida, siendo necesario también el control de la salud, que como se sabe e los niños se realiza a través del control de crecimiento y desarrollo”.

TEORIA DE MADELEINE LEININGER.

Leininger M. citada por Raile (2015) “define a la persona como: ser humano, que cuida, ser cultural, familia, grupo, comunidad, institución social, cultura y subcultura.

La teoría de la autora establece la necesidad de abordar el cuidado transcultural e intercultural, creadora de la etnoenfermería, afirma que todo profesional de enfermería debe respetar la cultura de la persona, aprender de ella para entender los fenómenos ocurridos y que influyen

en las conductas de las personas, no se trata de imponer una cultura sino entenderla para buscar las estrategias necesarias que permitan el abordaje de conductas favorables de salud y que esto es posible hacerlo a través de la educación. El profesional debe entender que toda persona tiene características propias, pero al mismo tiempo es un sistema abierto, por tanto, está sujeto a cambios, este aspecto debe ser aprovechado por la enfermera siempre que entienda los cambios de conductas”.⁵²

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

- **Caídas:** Evento en que el individuo cae al suelo o se desplaza a niveles inferiores a la posición inicial, excluyendo cambios intencionales.
- **Estado social:** Se define como el conjunto de relaciones y contactos de un individuo y es el marco estructural de acceso al soporte de ése individuo. Este conjunto de relaciones son informales (familia, amigos y conocidos) y formales (servicios sociales comunitarios y gubernamentales, ONG, etc.).
- **Adulto mayor:** Es toda persona mayor de 60 años.
- **Escala de Downton:** Evalúa el riesgo de caídas
- **Recursos sociales:** Puede ser visto como factor protector o como factor de riesgo en el bienestar de las personas adultas mayores, es importante que la valoración social de las personas adultas mayores se incorpore como elemento integral a la valoración médica y de enfermería.
- **Caída accidental:** Es aquella que generalmente se produce por una causa ajena al adulto mayor sano como un tropiezo.
- **Caída repetida:** Expresa la persistencia de factores predisponentes como: enfermedades crónicas múltiples, fármacos, pérdidas sensoriales, etc.

- **Caída prolongada:** Es aquella en la que el adulto mayor permanece en el suelo por más de 15 o 20 minutos por incapacidad de levantarse sin ayuda.
- **Riesgo de caídas:** Se define la caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad. Esta precipitación suele ser repentina e involuntaria. Puede ser referida por el paciente o por un testigo.
- **Vulnerabilidad:** Se refiere al riesgo de ser afectado en el bienestar personal, moral, psíquico o material. El objetivo es mostrar que a pesar de las ventajas que representa el concepto de vulnerabilidad para analizar las situaciones de riesgo, resulta inapropiado para clasificar a sectores poblacionales en su conjunto.
- **Déficit sensorial:** Las alteraciones sensoriales en los adultos mayores cobran una especial importancia no sólo por su alta prevalencia, sino, sobre todo, por las repercusiones que en el ámbito funcional, psicológico y social tienen para el paciente. El factor edad es el marcador de riesgo más importante relacionado con déficit sensoriales
- **Trastorno del equilibrio:** Es un problema médico que hace que uno se sienta tambaleante o mareado.

2.4. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

No se colocará hipótesis porque la investigación es de nivel descriptivo.

2.5. VARIABLES INDEPENDIENTES

V. 1

Valoración del riesgo de caídas

V. 2

Estado social

2.5.1. Definición conceptual de la variable

Riesgos de caídas

Se define como la combinación de probabilidades de que se produzca una caída con consecuencias negativas para la persona, aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.

Valoración del estado social

Es la valoración del conjunto de relaciones y contactos del adulto mayor, constituyendo el marco estructural de acceso al soporte social del individuo.

2.5.2. Definición operacional de la variable

Riesgos de caídas

Se define como la combinación de probabilidades de que se produzca una caída con consecuencias negativas para la persona, aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.

Valoración del estado social

Es la valoración del conjunto de relaciones y contactos del adulto mayor, constituyendo el marco estructural de acceso al soporte social del individuo.

2.5.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEF. CONCEPTUAL	DEF. OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
<p>Riesgos de caídas</p>	<p>Se define como la combinación de probabilidades de que se produzca una caída con consecuencias negativas para la persona, aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.</p>	<p>Es la “valoración del riesgo de caídas en el adulto mayor de la jurisdicción del Puesto de Salud de San Rafael”, utilizando los indicadores de la Escala de Downton, con el valor de riesgo bajo y riesgo alto.</p>	<p>Escala de Downton</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Caídas previas • Medicamentos • Déficit sensorial • Estado mental • Deambulaci3n.

VARIABLE 2	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
VALORACION DEL ESTADO SOCIAL	<p>Es la valoración del conjunto de relaciones y contactos del adulto mayor, constituyendo el marco estructural de acceso al soporte social del individuo.</p>	<p>Es la “valoración del estado social del adulto mayor de la jurisdicción del Puesto de Salud de San Rafael”, información obtenida a través de la aplicación de la Escala de Recursos Sociales, valorándolos como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Buenos recursos sociales - Deterioro social leve - Deterioro social moderado. 	<p>Escala de Recursos Sociales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estado civil - Con quien vive - Visitas - Comunicación telefónica - Personas que no viven con él - Personas de confianza - Soledad - Presencia de familiares o amigos - Prestación de ayuda

CAPÍTULO III: MATERIAL Y MÉTODO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Observacional, transversal, prospectiva

3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se realizó en el Puesto de Salud San Rafael perteneciente a MINSA en el Distrito de Pueblo Nuevo.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN.

La población-muestra estuvo constituida por 45 adultos mayores que son atendidos en el Puesto de Salud San Rafael según el Padrón Nominal.

Criterios de inclusión

Adultos mayores que acepten participar del estudio.

Criterios de exclusión

Adultos mayores que no acepten participar del estudio.

Adultos mayores con trastornos del sensorio.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

La técnica que se empleó para ambas variables fue la encuesta con su respectivo instrumento el cuestionario con preguntas dirigidas según los objetivos planteados en la investigación.

Para la variable Valoración del riesgo de caídas considerando la naturaleza del problema y sus objetivos, se combinaron las técnicas de

la entrevista y la observación tomando como base la Escala de Downton modificada y que ha sido aplicada en el Hospital Santa Rosa de Lima que pertenece al MINSA. Consta de 5 criterios entre los cuales tenemos si ha tenido caídas previas, medicamentos, deficiencias sensoriales, estado mental y marcha.

En vista de ser un instrumento validado y utilizado a nivel mundial y nacional, no se someterá a validez ni confiabilidad.

Para la variable Estado social se aplicará el cuestionario de Recursos sociales (OARS), es un cuestionario muy conocido y aceptado, válido y fiable, que es utilizado para determinar la valoración social del adulto mayor y que permite obtener mayor cantidad de información en un tiempo menor, permitiendo, además, el análisis simultáneo del uso y necesidad de servicios, motivo por el cual no se someterá a validez ni confiabilidad con la siguiente escala:

Buenos recursos sociales

Deterioro social leve

Deterioro social moderado.

3.5. PLAN DE RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos fueron procesados en el programa Excel donde después de su tabulación se obtuvo las frecuencias absolutas, promedios, porcentajes. Y mostrar en tablas y gráficos para su mejor interpretación, el análisis de los datos se hizo de acuerdo a los objetivos estipulados en el estudio mediante la estadística descriptiva.

La valoración que se le asignó a la variable valoración del riesgo de caídas con sus respectivas dimensiones es la siguiente:

- **Caídas previas:**

Alto riesgo: (1 pto.)

Bajo riesgo:(0 pts.)

- **Medicamentos:**

Alto riesgo: (1 a más pts.)

Bajo riesgo:(0 pts.)

- **Deficiencias sensoriales:**

Alto riesgo: (1 a más pts.)

Bajo riesgo:(0 pts.)

• **Estado mental:**

Alto riesgo: (1pto.)

Bajo riesgo:(0pts.)

• **Marcha:**

Alto riesgo: (1 a más pts.)

Bajo riesgo:(0 pts.)

• **Global:**

Alto riesgo: (3 a más pts.)

Bajo riesgo:(0-2 pts.)

Para la variable estado social su valoración fue de la siguiente manera:

Buenos recursos sociales :(24-30 pts.)

Deterioro social leve: (17-23 pts.)

Deterioro social moderado: (10-16 pts.)

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

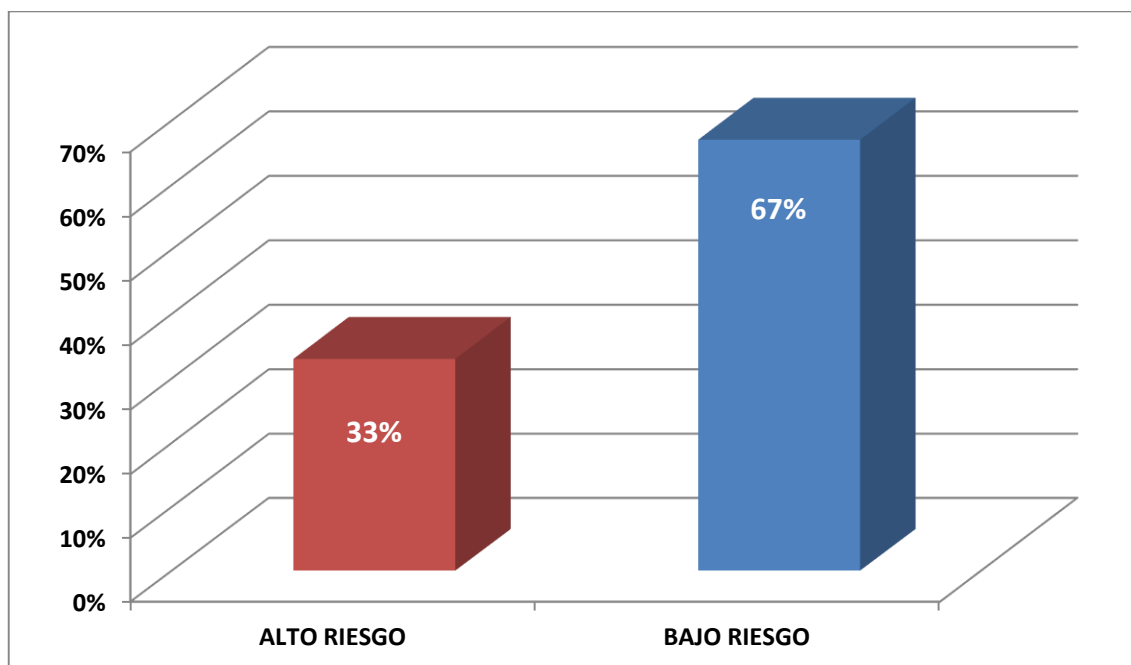
TABLA 1

**“VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAIDAS SEGÚN CAIDAS PREVIAS DEL
ADULTO MAYOR DE LA JURISDICCIÓN DEL PUESTO
DE SALUD DE SAN RAFAEL DISTRITO
DE PUEBLO NUEVO
NOVIEMNRE 2018”**

CAIDAS PREVIAS	FR	%
ALTO RIESGO (1 pto.)	15	33
BAJO RIESGO (0 pts.)	30	67
TOTAL	45	100%

Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores del Puesto Salud San Rafael Pueblo Nuevo
Noviembre 2018.

GRÁFICO 1



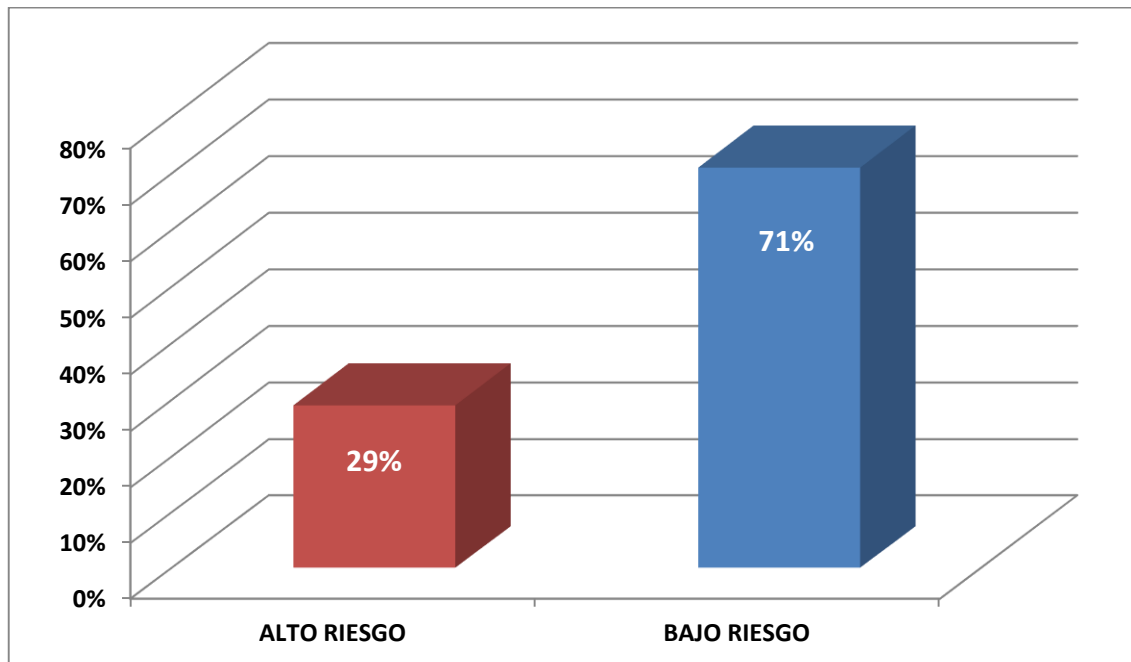
Del 100%(45) de los adultos mayores el 67%(30) tienen bajo riesgo y el 33%(15) alto riesgo en la dimensión caidas previas según resultados.

TABLA 2
“VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAIDAS SEGÚN MEDICAMENTOS DEL
ADULTO MAYOR DE LA JURISDICCIÓN DEL PUESTO
DE SALUD DE SAN RAFAEL DISTRITO
DE PUEBLO NUEVO
NOVIEMBRE 2018”

MEDICAMENTOS	FR	%
ALTO RIESGO (1 a más pts.)	13	29
BAJO RIESGO (0 pts.)	32	71
TOTAL	45	100%

Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores del Puesto Salud San Rafael Pueblo Nuevo noviembre 2018.

GRÁFICO 2



La valoración del riesgo de caídas de los adultos mayores según medicamentos es de bajo riesgo en 71%(32) y alto riesgo en 29%(13) según resultados.

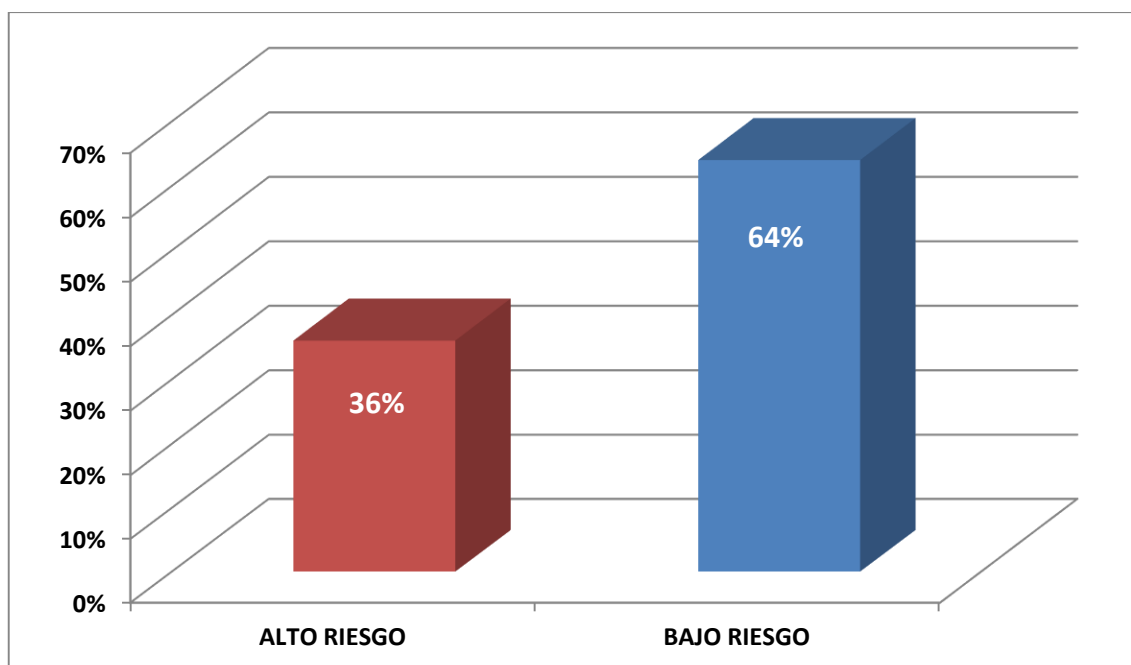
TABLA 3

“VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAIDAS SEGÚN DEFICIENCIAS SENSORIALES DEL ADULTO MAYOR DE LA JURISDICCIÓN DEL PUESTO DE SALUD DE SAN RAFAEL DISTRITO DE PUEBLO NUEVO NOVIEMBRE 2018”

DEFICIENCIAS SENSORIALES	FR	%
ALTO RIESGO (1 a más pts.)	16	36
BAJO RIESGO (0 pts.)	29	64
TOTAL	45	100%

Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores del Puesto Salud San Rafael Pueblo Nuevo noviembre 2018.

GRÁFICO 3



Según deficiencias sensoriales de los adultos mayores es de bajo riesgo en 64% (29) y alto riesgo en 36% (16).

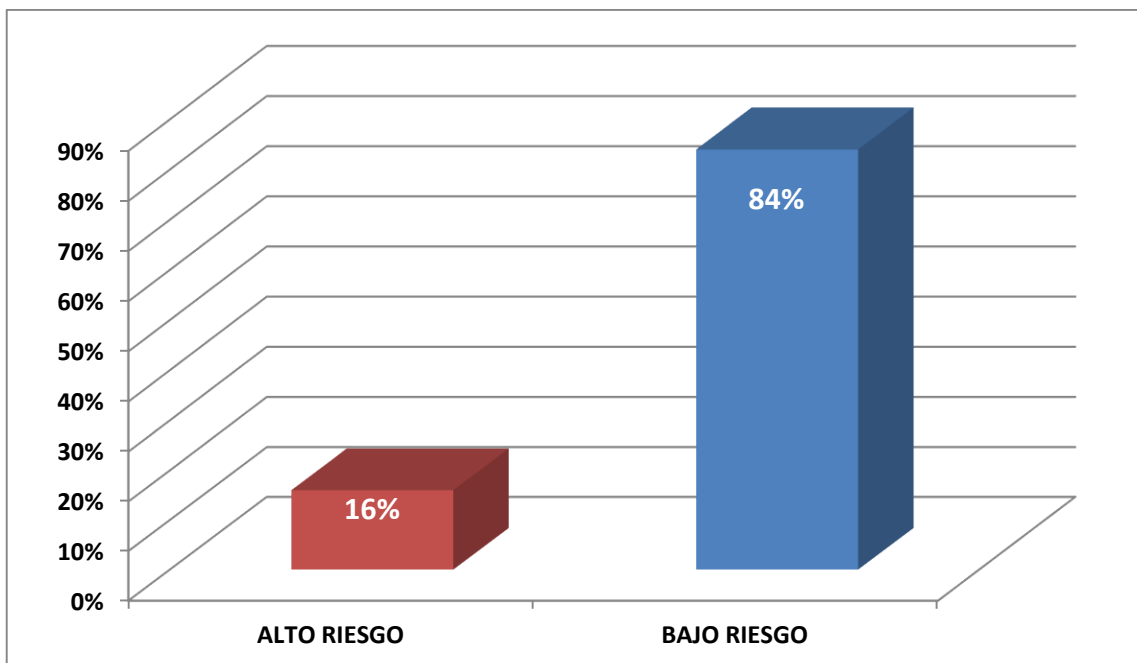
TABLA 4

**“VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAIDAS SEGÚN ESTADO MENTAL
DEL ADULTO MAYOR DE LA JURISDICCIÓN DEL PUESTO
DE SALUD DE SAN RAFAEL DISTRITO
DE PUEBLO NUEVO
NOVIEMBRE 2018”**

ESTADO MENTAL	FR	%
ALTO RIESGO (1pto.)	7	16
BAJO RIESGO (0 pts.)	38	84
TOTAL	45	100%

Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores del Puesto Salud San Rafael Pueblo Nuevo noviembre 2018.

GRÁFICO 4



El riesgo de caídas de los adultos mayores según estado mental es de bajo riesgo en 84% (38) y alto riesgo en 16% (7) según resultados.

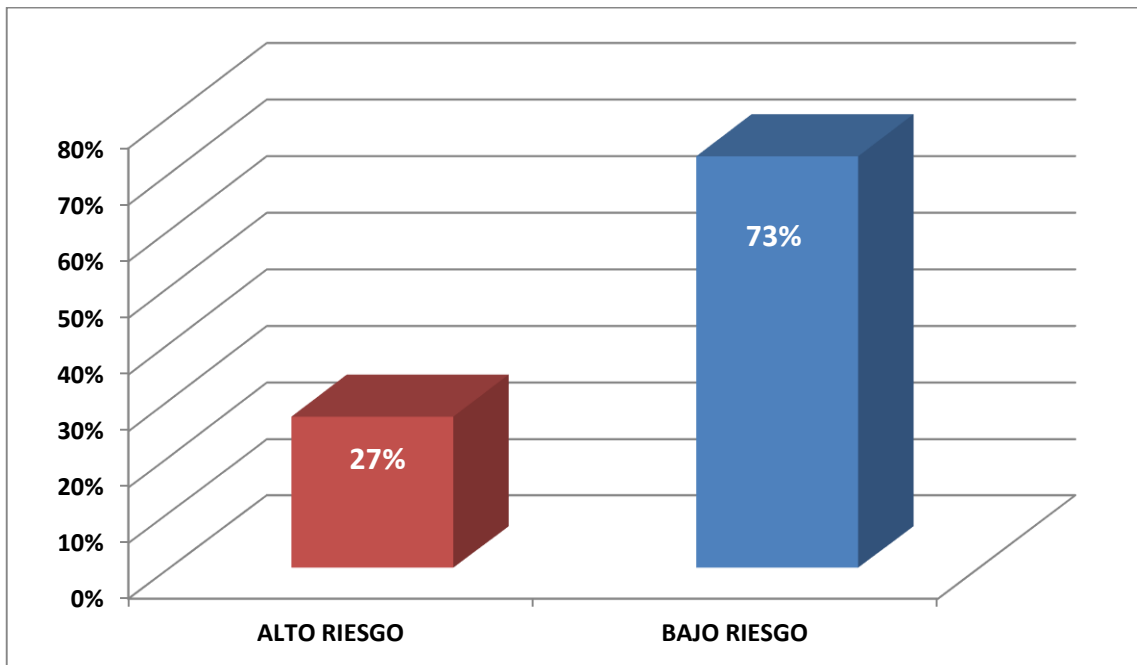
TABLA 5

**“VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAIDAS SEGÚN MARCHA DEL ADULTO
MAYOR DE LA JURISDICCIÓN DEL PUESTO DE SALUD DE SAN
RAFAEL DISTRITO DE PUEBLO NUEVO
NOVIEMBRE 2018”**

MARCHA	FR	%
ALTO RIESGO (1 a más pts.)	12	27
BAJO RIESGO (0 pts.)	33	73
TOTAL	45	100%

Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores del Puesto Salud San Rafael Pueblo Nuevo noviembre 2018.

GRÁFICO 5



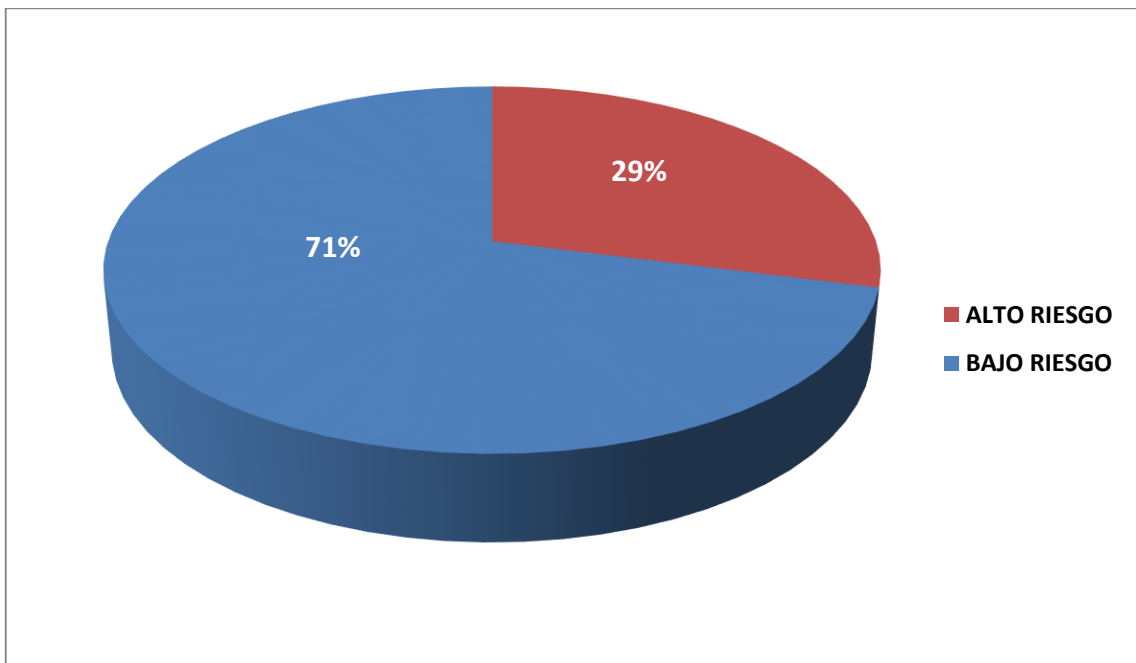
La valoración del riesgo de caídas de los adultos mayores según marcha es de bajo riesgo en 73% (33) y alto riesgo en 27% (12).

TABLA 6
“VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAIDAS GLOBAL DEL ADULTO MAYOR
DE LA JURISDICCIÓN DEL PUESTO DE SALUD DE SAN RAFAEL
DISTRITO DE PUEBLO NUEVO
NOVIEMBRE 2018”

GLOBAL	FR	%
ALTO RIESGO (3 a más pts.)	13	29
BAJO RIESGO (0-2 pts.)	32	71
TOTAL	45	100%

Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores del Puesto Salud San Rafael Pueblo Nuevo noviembre 2018.

GRÁFICO 6



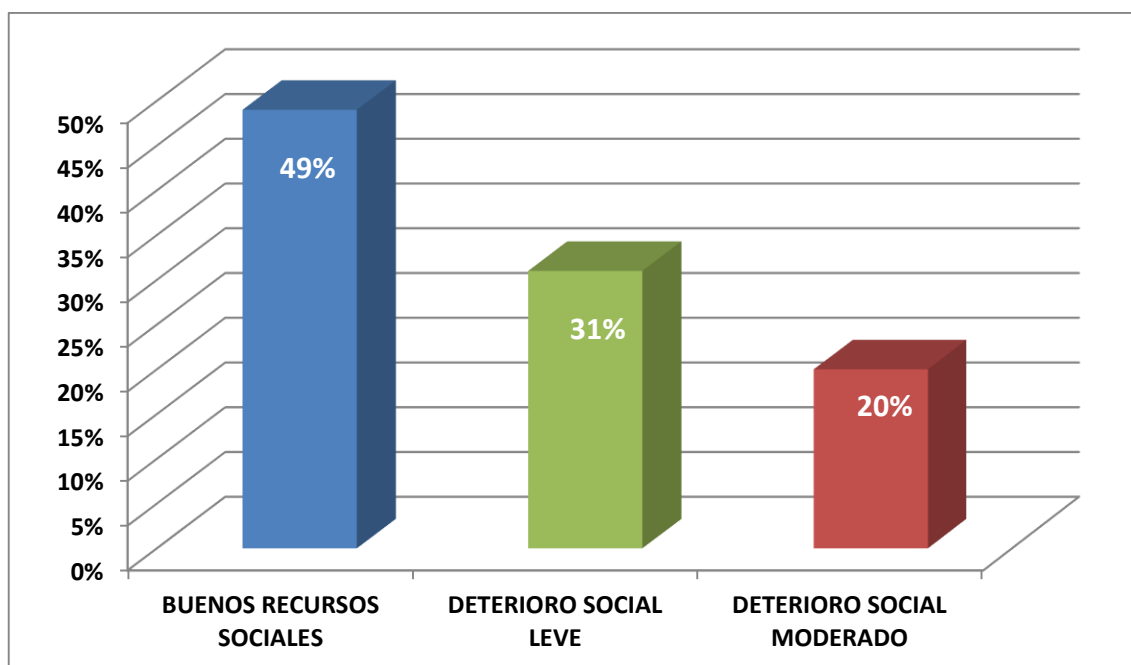
La valoración del riesgo de caídas de los adultos mayores global es de bajo riesgo en 71% (32) y alto riesgo en 29% (13) según resultados.

TABLA 7
“ESTADO SOCIAL SEGÚN ESCALA DE RECURSOS SOCIALES DEL
ADULTO MAYOR DE LA JURISDICCIÓN DEL PUESTO DE
SALUD DE SAN RAFAEL DISTRITO
DE PUEBLO NUEVO
NOVIEMBRE 2018”

ESCALA DE RECURSOS SOCIALES	FR	%
BUENOS RECURSOS SOCIALES (24-30 pts.)	22	49
DETERIORO SOCIAL LEVE (17-23 pts.)	14	31
DETERIORO SOCIAL MODERADO (10-16 pts.)	9	20
TOTAL	45	100%

Fuente: Encuesta realizada a los adultos mayores del Puesto Salud San Rafael Pueblo Nuevo noviembre 2018.

GRÁFICO 7



Del 100% (45) de los adultos mayores el 49% (22) presentan buenos recursos sociales, el 31%(14) presentan deterioro social leve y finalmente el 20%(9) deterioro social moderado.

CAPÍTULO V:

DISCUSIÓN

Gráfico 1: Del 100% de los adultos mayores el 67% tienen bajo riesgo y el 33% alto riesgo en la dimensión caídas previas, resultados casi similares a los encontrados por García M. ¹⁵ Del total de la muestra de estudio, sufrieron caídas un 26,9%, siendo la frecuencia de una caída la más numerosa 15,8%.

Por lo que se considera importante que se realice habitualmente una valoración geriátrica al adulto mayor de la zona y se tenga en cuenta toda la información que se pueda obtener, para protegerlo con medidas de seguridad adecuadas en su hogar, más aún si el adulto mayor como si ya ha sufrido una caída anterior.

Gráfico 2: La valoración del riesgo de caídas de los adultos mayores según medicamentos es de bajo riesgo en 71% y alto riesgo en 29%; resultados contrarios a los hallados por Quiñonez J. ¹⁸ los factores con mayor influencia en el riesgo de caída son la toma de medicamentos con 87%.

Según los resultados el riesgo de caídas es bajo por lo que la familia en este caso particular brinda un adecuado apoyo familiar por lo tanto se debe reforzar las intervenciones de enfermería orientadas a la educación al adulto mayor y al familiar o cuidador para que tenga cuidado sobre todo cuando ingiere medicamentos por patologías propias de su edad, incidiendo en que este lo debe hacer siempre en compañía del familiar, por ello es importante la aplicación de instrumentos que ayuden a realizar una buena valoración del riesgo de caídas.

Gráfico 3: Según deficiencias sensoriales de los adultos mayores es de bajo riesgo en 64% y alto riesgo en 36%, resultados opuestos con Quiñonez J. ¹⁸ los factores con mayor influencia en el riesgo de caída déficit sensorial con 79%.

En esta dimensión tenemos los sentidos corporales que reciben información del ambiente a través de sonidos, luz, olores, sabores y tacto. Por el proceso de

envejecimiento se requiere una cierta cantidad de estimulación antes de que se haga consciente de la sensación, teniendo en cuenta que los resultados arrojan un riesgo bajo en la mayoría de los adultos mayores sin embargo existe un menor porcentaje que presenta riesgo alto por lo cual es fundamental que se tome conciencia sobre la situación hallada para que se logre mantener su calidad de vida y la integración social.

Gráfico 4: El riesgo de caídas de los adultos mayores según estado mental es de bajo riesgo en 84% y alto riesgo en 16%; hallazgos parecidos con los obtenidos por Quiñonez J.¹⁸ el factor de menor influencia fue el estado mental con 6%.

Dentro de la valoración del adulto mayor, también encontramos instrumentos para evaluar el estado mental del paciente, por lo que se considera importante que el profesional de enfermería realice esta valoración durante las atenciones domiciliarias, en vista que las alteraciones del estado mental de los pacientes se convierten en factor de riesgo de caídas y, una valoración inicial y adecuada puede disminuir el riesgo al adoptar medidas preventivas al respecto.

Gráfico 5: La valoración del riesgo de caídas de los adultos mayores según marcha es de bajo riesgo en 73% y alto riesgo en 27%, resultados contrarios con el antecedente de estudio de Fernández S, Huallanca K.¹⁶ donde evidenció en las investigaciones revisadas que los factores de riesgo intrínsecos asociados a caídas corresponden a un 90%; siendo la edad mayor a 80 años respecto a la alteración de la marcha, Mayhua R, Sánchez N.¹⁷ en la dimensión de capacidad de subir y bajar escaleras que, el 56.04% tuvieron capacidad funcional dependiente, Bernuy P.²¹ según causas intrínsecas el 65% (56) tiene riesgo medio, el 26% (22) tiene riesgo bajo y el 9% (08) tiene riesgo alto.

En la edad avanzada pueden asociarse diferentes factores que contribuyen a la aparición de un trastorno de la marcha con determinadas características o con el incremento de los cambios atribuibles a la edad. Aunque los cambios de la marcha relacionados con la edad, tales como la reducción de la velocidad y el acortamiento del paso, son más visibles a partir de los 80 años, la mayoría de

los trastornos al caminar se relacionan con una enfermedad asociada y suelen hacerse más patentes cuando ésta progresa.

Gráfico 6: La valoración del riesgo de caídas de los adultos mayores global es de bajo riesgo en 71% y alto riesgo en 29%, resultados diferentes a los de Bernuy P.²¹ El riesgo de caída en el adulto mayor del Asentamiento Humano Las Lomas de Parcona es medio.

Los riesgos de caídas son aquellas causas que condicionan las caídas en el adulto mayor, por lo que es importante que el adulto mayor tenga un adecuado control de las patologías que presente, así mismo tener un adecuado control en la casa, valorar el entorno o ambiente en el que se desarrolla y su actividad habitual.

Gráfico 7: Del 100% de los adultos mayores el 49% presentan buenos recursos sociales, el 31% presentan deterioro social leve y finalmente el 20% deterioro social moderado; los resultados se pueden contrastar con los obtenidos por Gómez R, Herrera J. ¹⁹ el 65.1% indica un nivel de clima social familiar promedio y el 71.4 % un nivel de clima social familiar bajo. Se puede evidenciar que la familia representa un papel muy importante sobre todo en las relaciones socioafectivas, que son primordiales para el adulto mayor y su bienestar psicológico y el desarrollo una mejor calidad de vida; Mayhua R, Sánchez N. ¹⁷ afirman que existe una relación significativa entre capacidad funcional y clima social familiar, es decir, si se tiene un clima social familiar adecuado se tendrá una mejor y adecuada capacidad funcional de los adultos mayores, así también Contreras R.²⁰ El clima social es medianamente favorable, seguido de un nivel favorable y en menor proporción desfavorable.

Por los resultados obtenidos se debe enfatizar en el mantenimiento del apoyo social al adulto mayor también, asimismo se debe priorizar este apoyo en el porcentaje de adultos mayores que presentan deterioro social leve y moderado debido al hecho que en la vejez se puede experimentar un deterioro económico y de la salud pero asimismo se trata de una etapa en la vida de la persona donde existe mayores probabilidades de ser afectado por el debilitamiento de por el debilitamiento de estas redes por las pérdidas como la pareja, familiares, amigos, vecinos, etc.

CONCLUSIONES

1. Según el objetivo N° 1 se concluye que la valoración del riesgo de caídas según la aplicación de la Escala de Dowton en el adulto mayor es de bajo riesgo en 71% y alto riesgo en 29% según resultados.
2. Respecto al objetivo N° 2 se concluye que del 100% de los adultos mayores; el 49% presentan buenos recursos sociales, el 31% presentan deterioro social leve y finalmente el 20% deterioro social moderado.

RECOMENDACIONES

1. Al profesional de Enfermería para que tengan en consideración los resultados respecto al riesgo de caídas en el adulto mayor de la jurisdicción del Puesto de Salud San Rafael distrito de Pueblo Nuevo sobre las causas que pueden conllevar a las caídas, e instituir actividades preventivas por lo cual se debe realizar una evaluación integral teniendo en cuenta aquellas condiciones que pueden constituir riesgo para el adulto mayor; aun teniendo resultados bajos se encuentra también porcentajes de riesgo alto que llaman a reflexionar respecto a las actividades de enfermería en la prevención de caídas por lo que se recomienda cumplir actividades que están normadas por el MINSA educando al adulto mayor, familia y comunidad en las actividades de protección del adulto mayor.
2. Se debe comprender la importancia de generar impulsar y fortalecer las redes de apoyo familiar, comunitaria e interinstitucionales teniendo en cuenta que existen porcentajes de adultos mayores con deterioro social leve y moderado porque las plataformas sociales cumplen un rol fundamental para aliviar la soledad que muchas veces experimentan, para que se mantengan conectado con sus seres queridos y de esta manera los ayude a mantener o mejor su bienestar físico, material y emocional retrasando el deterioro real o imaginado que puede generarse en situaciones de crisis o conflictos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Acción multisectorial para un envejecimiento sano basado en el ciclo de vida: proyecto de estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud. 69.^a Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 22 de abril del 2016 (A69/17). Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-sp.pdf.
2. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre demencias en las personas mayores. 54.^o Consejo Directivo, 67.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, Washington, D.C., del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2015 (CD54.R11). Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31930&Itemid=270&lang=es.
3. Organización mundial de la Salud. Caídas. [En línea] Nota descriptiva N.º 344. [Fecha de acceso 1 de setiembre de 2018] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/index>
4. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015
5. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre demencias en las personas mayores. 54.^o Consejo Directivo, 67.^a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, Washington, D.C., del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2015 (CD54/8, Rev. 1). Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31495&Itemid=270&lang=es
6. Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. 2012 revisión, volumen II, demographic profiles. Nueva York: Naciones Unidas; 2013 (ST/ESA/SER.A/345). Disponible

en: https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2012_Volume-II-Demographic-Profiles.pdf

7. Cruz M, Ahmed A. Impacto del cambio demográfico en el crecimiento, el ahorro y la pobreza. Documentos de trabajo de investigación, agosto del 2016. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2016. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1596/1813-9450-7805>
8. Goncalves L, Vieira S, Siqueira F, Hallal P. Prevalencia de caídas en ancianos del municipio de Rio Grande, Brasil. *Rev. Salud Pública*. 2010; 42 (5): 938-945.
9. Palloni A, Pelaez M, Alfonso JC, Ham R, Hennis A, Lebrão M, et al. SABE – Encuesta sobre salud, bienestar y envejecimiento en América Latina y el Caribe [Internet]; 2017. Disponible en: <https://doi.org/10.3886/ICPSR03546.v1>
10. Huenchuan S. Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe: la hora de avanzar hacia la igualdad. Santiago: CEPAL; 2013. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2617/1/LCG2553P_es.pdf
11. Bada Díaz A. Asociación del riesgo de caídas según sexo en el adulto mayor atendido en un hospital de Lima Perú. Disponible en: www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/3932/3/bada_das.pdf
12. Albala C, Lebrão ML, Leon Diaz EM, Ham-Chande R, Hennis AJ, Palloni A, et al. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Rev Panam Salud Publica* 2005;17(5–6):307–322.
13. Alzheimer's Disease International. Informe ADI/Bupa. La demencia en América: El coste y la prevalencia del Alzheimer y otros tipos de demencia. Londres: ADI/Bupa; 2013. Disponible en: <https://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/dementia-in-the-americas-SPANISH.pdf>
14. Ramírez L. Factores de riesgo de caídas y valoración social del adulto mayor que asiste a consultorios externos Hospital Santa María del

- Socorro Ica, [Tesis licenciatura], 2016 Disponible en: repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/1255
15. García M. (2017) Análisis descriptivo de las caídas y factores de riesgo asociados en personas mayores institucionalizadas de la Región de Murcia. En: <http://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/2936/Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 16. Fernández S, Huallanca K. (2017) Factores intrínsecos y extrínsecos que determinan las caídas en el adulto mayor. Perú. 2017. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería] URL disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/441>.
 17. Mayhua R, Sánchez N. (2017) Capacidad funcional y clima social familiar en usuarios del centro del adulto mayor Huancavelica. Perú. En: <http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/1387/TP%20-%20UNH.%20ENF.%200107.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 18. Quiñonez J. Riesgo de caídas en los pacientes adultos mayores del hospital geriátrico de la policía San José, 2016. Perú. [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Tecnología Médica con mención en Terapia Física y Rehabilitación.] En: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/6156/1/Qui%C3%B1onez_tj.pdf.
 19. Gómez R, Herrera J. (2016) Nivel de Depresión y el Nivel Clima Social Familiar en usuarios del Programa del adulto mayor en el Hospital Santa Isabel Trujillo. En: dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/7633
 20. Contreras R. (2013) “Clima social en el entorno familiar según opinión de los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Leonor Saavedra S.J.M. Lima. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3528/Contreras_gr.pdf;jsessionid=D654E51685FEF7FC4C10756C012B05F4?sequence=1
 21. Bernuy P. (2016) “Riesgo de caídas del adulto mayor del Asentamiento Humano Las Lomas de Parcona Ica. URL disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1430/T-TPLE->

%20Patricia%20Jeenifer%20%20Bernuy%20Cusiatado.pdf?sequence=1
&isAllowed=y

22. Montse Queralt. Valoración social en adultos mayores. 2013 [En línea]
URL disponible en: www.mapfre.com › Mayores › Geriatría y gerontología
23. Moragas R. Gerontología social. Barcelona, Ed. Harder, 2003
24. Beaver L, Miller A. Trabajo Social 5: La práctica clínica del trabajo social con las personas mayores. Intervención primaria, secundaria y terciaria. España: PAIDOS, 2013. URL disponible en: www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo7.pdf.
25. Villanueva A. Crisis de convivencia en la pareja adulta mayor. La rotativa del aire. 2015. Disponible en: rpp.pe/lima/actualidad/crisis-de-convivencia-en-la-pareja-adulta-mayor-noticia-604161
26. Bruna M, Reinoso Z, San Martín R. El abandono: Una problemática en el adulto mayor 2015 URL disponible en: medicina.uach.cl/.../Abandono_una_problematika_en_el_adulto_mayor
27. Descuido de un adulto mayor por familiares y cuidadores [Datos en línea] URL disponible en: www.drugs.com/.../descuido-de-adultos-mayores-por-familiares-y-cuida.
28. Tic y adultos mayores, utilizando la telefonía celular 2014 URL disponible en: www.makaia.org/recursos.shtml?apc=h1d1---&x=1955.
29. Contreras W. Propuesta metodológica para la enseñanza de actividades físicas y recreativas en los adultos mayores, de la federación de jubilados, Cantón Azogues, Provincia de Cañar en el Periodo Julio 2015-diciembre 2015
30. Quintero G. Psicología del envejecimiento. En: Rocabrano Mederos JC. Tratado de Gerontología y Geriatría. -Ciudad de La Habana: Científico-técnica; 2003.
31. Gil C. La soledad en personas mayores: un desafío médico y familiar. Julio 2017. Salamanca. España. Disponible en: www.inforesidencias.com/blog/index.php/2017/07/20/soledad-en-personas-mayores/

- 32.** Elizaga M. Adultos mayores y la importancia de la familia. Relaciones familiares. Enero 2016. URL en: <http://familiaadultosmayores.blogspot.com/>
- 33.** Bossé R, Aldwin C, Levenson M, Workman-Daniels K. ¿Qué tan estresante es la jubilación? Hallazgos del estudio normativo de envejecimiento. Revista de Gerontología, 46(1), 9-14. URL disponible en: tesis.pucp.edu.pe/.../del_risco_airaldi_patricia_soporte_so...
- 34.** Gómez S, Vega M, Tamez A. Fortalecimiento de la atención primaria del adulto mayor ante la transición demográfica en México. Vol. 45. Núm. 5. mayo 2013 páginas 229-284 DOI: 10.1016/j.aprim.2013.01.007
- 35.** Evaluación social del adulto mayor. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en. www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo7.pdf.
- 36.** García L, Rodríguez P, Toronjo G. Enfermería S 21. Enfermería de anciano. 2. a ed. Madrid: Difusión de avances de enfermería. 2014. Disponible en scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=1343579...
- 37.** Mauk K. Enfermería geriátrica, competencias asistenciales. Madrid: McGraw Hill Interamericana, 2008, pp. 209-230
- 38.** Segovia Díaz M, Torres Hernández E. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero Gerokomos versión impresa ISSN 1134-928X Gerokomos vol.22 no.4 Madrid dic. 2013
- 39.** Vieira E, Berean C, Paches D, Caveny P, Yuen D, Ballash L, et al. Reducir las caídas entre los pacientes de rehabilitación geriátrica: un ensayo clínico controlado. Clin Rehabil. [Internet]. 2013 [Access Jan 25, 2014];27(4):325-35. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22952303>
- 40.** Sgaravatti A. Factores de riesgo y valoración de las caídas del adulto mayor. Carta Geriátrica Gerontológica 2011. 4(1) p. 1-36
- 41.** Amela L. Caídas en personas mayores: riesgos, causas y prevención. Marzo 2016. Disponible en. <http://geriatricarea.com/caidas-en-personas-mayores-riesgos-causas-y-prevencion/>

- 42.** Rodríguez-Rieiro C, Velasco-Gago MC, Chacón-García A, Izquierdo-Membrilla I, Sanchidrián-de Blas C, Rodríguez-Pérez P. Caídas en el hospital. Rev. Calidad Asistencial. 2000; 22(3):128-32. URL disponible en:
www.asturias.es/...Calidad%20y%20Sistemas/...Calidad/.../Folleto%20pre
e.
- 43.** Lesende I, Hidalgo J, Iturbe A, Alonso M, Díez, Herreros Y. Actividades preventivas en los mayores. Atención Primaria. 2014; 46:75-81
- 44.** Del Nogal L. Factores de riesgo de caídas. En: Rivera Casado JM, Gil Gregorio P, editores. Factores de riesgo en la patología geriátrica. V 12. Madrid: Editores Médicos; 1999.p.135-48.
- 45.** Hernández J. Fisioterapeuta de Afate. Col. 465 Artículo publicado en La Revista Canaria de La Salud Nº 24 2014. URL disponible en:
larevistacanariadelasalud.com/articulos/salud/caidas-en-el-adulto-mayor.
- 46.** Diagnóstico y tratamiento del síndrome de privación sensorial en el adulto mayor Guía de práctica clínica. Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-611-13 México. 2015. URL disponible en:
www.cenetec.salud.gob.mx/...sxdeprovacionsensorial/611gr
- 47.** Gazitúa R. Conciencia y estado psíquico (Examen mental). URL disponible en:
escuela.med.puc.cl/Publ/ManualSemiologia/140ExamenMental.ht.
- 48.** Las alteraciones de la deambulacion Portal holístico natural Uruguay. 2014. URL disponible en:
gentenatural.com/psicologia/ancianos/deambulacion.html.
- 49.** MINSA. Directiva de prevención de caídas del paciente hospitalizado del Hospital Santa Rosa. R.S. 137-2014. Perú.
- 50.** Ribera Casado J, Cruz A. Geriatria en Atención Primaria 4ª Edición Biblioteca Aula Médica 2008 Pág. 243 – 254.
- 51.** Organización Mundial de la Salud OMS. Geriatria. [Datos de internet] 2016.
- 52.** Raile M. Teorías y modelos de enfermería. Elsevier. 5ta ed. España; 2015

ANEXOS

ANEXO N° 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VARIABLE	DIMENSIONES	METODOLOGÍA	INSTRUMENTO
¿Cuál es la valoración del riesgo de caídas y estado social del adulto mayor de la jurisdicción del Puesto de Salud de San Rafael distrito de Pueblo Nuevo noviembre 2018?	Determinar la valoración del riesgo de caídas y estado social del adulto mayor de la jurisdicción del Puesto de Salud de San Rafael distrito de Pueblo Nuevo noviembre 2018.	<p>OE1: Identificar la valoración del riesgo de caídas según la aplicación de la Escala de Dowton en el adulto mayor de la jurisdicción del Puesto de Salud de San Rafael distrito de Pueblo Nuevo agosto 2018.</p> <p>OE2: Conocer el estado social del adulto mayor respecto a la escala de recursos sociales en el adulto mayor de la jurisdicción del Puesto de Salud de San Rafael distrito de Pueblo Nuevo noviembre 2018.</p>	<p>Valoración del riesgo de caídas.</p> <p>Estado social</p>	<p>Escala de Dowton</p> <p>Escala de Recursos Sociales</p>	<p>Tipo: Observacional, transversal, prospectiva.</p> <p>Nivel: Descriptivo</p> <p>Muestra: 45 adultos mayores</p>	Formato de encuesta.

ANEXO N° 2

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ENCUESTA

INTRODUCCIÓN:

Señora, tenga usted buenos días/tardes, mi nombre es Melissa Uribe Enciso, Bachiller de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas, estoy realizando una investigación con el objetivo de determinar la valoración del riesgo de caídas y estado social del adulto mayor de la jurisdicción del Puesto de Salud de San Rafael distrito de Pueblo Nuevo noviembre 2018.

ESCALA DE VALORACIÓN PARA RIESGO DE CAÍDAS: ESCALA DE DOWNTON		
Criterios	Ítems	Puntaje
Caídas previas	Si tuvo caídas	1
	No tuvo caídas	0
Medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes o sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros (venoclisís)	1
	Antieméticos	1
	Analgésicos	1
Deficiencias sensoriales	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (anestesia regional)	1
	Paciente traumatológico	1
	Alteraciones de conducta	1
	Alteraciones neurológicas	1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1

Marcha	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda	1
	Imposible (Postrado)	1
Puntaje total		

ESCALA DE RECURSOS SOCIALES. (OARS)

Me gustaría que respondiese algunas preguntas acerca de su familia y amigos:
1. ¿Cuál es su estado civil? 1. Viudo o separado 2. Soltero 3. Casado
2. ¿Vive con su cónyuge? 3. Si 2. No 1. No responde
3. Durante el último año ¿con qué frecuencia salió de su casa para visitar a la familia o amigos en fines de semana o vacaciones, de compras o de viaje? 1. Menos de una vez al mes o solo en vacaciones 2. Una a tres veces al mes 3. Una vez a la semana o más
4. ¿Con cuántas personas tiene la suficiente confianza para visitarlos en su casa? 3. Cinco o más 2. Tres o cuatro 1. Una a dos
5. ¿Cuántas veces habló (amigos, familiares u otros) por teléfono durante la última semana? 3. Una vez al día o más 2. Dos veces a la semana 1. Una vez
6. ¿Cuántas veces durante la semana pasada le visitó alguien que no vive con usted, fue usted de visita o realizó alguna actividad con otra persona? 3. Una vez al día o más 2. De dos a seis veces 1. Una vez y/o ninguna
7. ¿Hay alguna persona en la que tenga confianza? 3. Si 2. No 1. NS/NC

<p>8. ¿Con qué frecuencia se siente solo?</p> <p>0. Bastante a menudo</p> <p>1. Algunas veces</p> <p>2. Casi nunca</p>
<p>9. ¿Ve a sus familiares y amigos tan a menudo como quisiera o está algunas veces triste por lo poco que vienen a visitarle a su hogar?</p> <p>3. Tan a menudo como deseo</p> <p>2. Algunas veces me siento triste por lo poco que vienen</p> <p>1. No sabe/no responde</p>
<p>10. ¿Hay alguien que le ayudaría en cualquier cosa si se pusiera enfermo o quedaría incapacitado (por ejemplo, esposo/esposa, otro familiar, amigo)</p> <p>3. Si</p> <p>2. Nadie dispuesto y capaz de ayudarme</p> <p>1. No sabe/no responde</p>

Buenos recursos sociales: 3 puntos

Deterioro social leve: 2 puntos

Deterioro social moderado: 1 puntos