



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

**“RIESGO DE ACCIDENTES EN EL ADULTO MAYOR QUE  
REALIZA ACTIVIDADES DE RUTINA, PACIENTES  
DEL CENTRO DE SALUD “SANTA ROSA” DE PUENTE  
PIEDRA LIMA– PERU 2011”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADA EN  
ENFERMERÍA**

**BACHILLER: SILVIA SUPO FERNÁNDEZ**

**LIMA - PERÚ  
2015**

**“RIESGO DE ACCIDENTES EN EL ADULTO MAYOR QUE  
REALIZA ACTIVIDADES DE RUTINA, PACIENTES  
DEL CENTRO DE SALUD DE PUENTE  
PIEDRA LIMA– PERU 2011”**

# ÍNDICE

Pag.

**DEDICATORIA**

**AGRADECIMIENTO**

**ÍNDICE**

**RESUMEN**

i

**ABSTRACT**

iii

**INTRODUCCIÓN**

iv

v

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

1.1. Planteamiento del problema

1

1.2. Formulación del problema

3

1.3. Objetivos de la investigación

3

1.3.1. Objetivos generales

3

1.3.2. Objetivos específicos

3

1.4. Justificación del estudio

4

1.5. Limitaciones de la investigación

4

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

2.1. Antecedentes del estudio

5

2.2. Bases teóricas

8

2.3. Definición de términos

28

2.4. Hipótesis

28

2.5. Variables

30

<b>CAPÍTULO III: MATERIAL Y MÉTODO</b>	
3.1 Tipo y nivel de investigación	32
3.2 Descripción del ámbito de la investigación	32
3.3 Población y muestra	32
3.4 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	33
3.5 Validez y confiabilidad del instrumento	33
3.6 Plan de recolección y procesamiento de datos	33
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	34
<b>CAPÍTULO V: DISCUSIÓN</b>	38
<b>CONCLUSIONES</b>	40
<b>RECOMENDACIONES</b>	41
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	42
<b>ANEXOS</b>	45

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar cuál es el riesgo de accidentes en el adulto mayor que realiza actividades de rutina, pacientes del Centro de Salud "Santa Rosa" de Puente Piedra, Lima – Perú 2011. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de 25 pacientes adultos mayores, para el recojo de la información se utilizó como instrumento las actividades instrumentales de la vida diaria – escala Lawton y Brody y el índice de KATZ, la validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de 0,87; la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de 0,903, la prueba de hipótesis se realizó mediante el Chi-Cuadrado, con un nivel de significancia de  $p < 0,05$ .

### CONCLUSIONES:

Los riesgos de accidentes en el adulto mayor que realiza actividades de rutina, pacientes del Centro de Salud "Santa Rosa" de Puente Piedra-Lima. Es Alto en un 60%(15), Medio en un 24%(6) y Bajo en un 16%(4). El valor obtenido del Chi Cuadrado Calculado ( $X_c^2$ ) es de 9,31; con un nivel de significancia de  $p < 0,05$ .

**PALABRAS CLAVES:** *Riesgo de accidentes, adulto mayor, realiza actividades de rutina.*

## **ABSTRACT**

This research aims to: Determine the risk of accidents in the elderly which conducts routine, patients of the Health Center "Santa Rosa" of Puente Piedra, Lima - Peru 2011. It is a descriptive investigation, we worked with a sample of 25 elderly patients, for the gathering of information was used as an instrument instrumental activities of daily living - Lawton and Brody scale and Katz index, the validity of the instrument was performed by concordance test trial expert obtaining a value of 0.87; reliability was performed using Cronbach's alpha with a value of 0.903, hypothesis testing was performed using Chi-square, with a significance level of  $p < 0.05$ .

### **CONCLUSIONS:**

The risk of accidents in the elderly which conducts routine, patients of the Health Center "Santa Rosa" Puente de Piedra Lima. It is high in 60% (15), across 24% (6) and Under 16% (4). The value obtained from the Chi Square Calculated (XC 2) is 9.31; with a significance level of  $p < 0.05$ .

**KEYWORDS:** *Elderly, risk of accidents conducts routine.*

## INTRODUCCIÓN

El proceso de envejecimiento a nivel mundial y particularmente en América latina, está avanzando a un ritmo sin precedentes en la historia de la humanidad. La tendencia universal a la disminución de la fecundidad y la prolongación de la esperanza de vida ha llevado a un incremento de la población de 60 y más años en el mundo, es así que de 204 millones de personas de 60 y más que había en 1950, se ha incrementado a 577 millones en 1998, estimándose que para el año 2050 este grupo poblacional puede llegar a cerca de 1900 millones.

Las caídas son una de las causas de mayor morbi-mortalidad en personas por arriba de los 65 años, llegan a provocar la muerte y esto se va incrementando con la edad. Las personas que tienen más de 85 años, aproximadamente dos terceras partes de las lesiones por caídas se relacionan con la muerte. Se ha estimado que el 30% de las caídas ocurren en la comunidad o vivienda, en los sujetos que tienen 65 años; 40% en los de 80 años; los pacientes que se encuentran albergados en alguna institución, se han reportado 66% de caídas por año.

Este presente trabajo de investigación: "Riesgo de accidentes en el adulto mayor que realiza actividades de rutina, pacientes del centro de salud de puente piedra, tiene por objetivo determinar los riesgos de accidentes que pueda experimentar el adulto mayor que realiza actividades de rutina, pacientes del centro de salud de puente piedra – lima 2011", cuyo propósito será brindar al profesional de enfermería mayor información sobre los riesgos de accidentes en el adulto mayor producto de las actividades de rutina, para posterior prevenir los riesgos de accidentes y evitar consecuencias de estos accidentes.

La presente investigación para fines de estudio contiene

Capítulo I: El problema de investigación, Planteamiento del problema, Formulación del problema, Objetivos de la investigación, Justificación del estudio, Limitaciones de la investigación.

Capítulo II: Marco Teórico, Antecedentes del estudio, Bases teóricas, Definición de términos, Variables su definición conceptual, operacional, y la operacionalización de la variable.

Capítulo III: Metodología, Tipo y nivel de investigación, Descripción del ámbito de la investigación, Población y muestra, Técnicas e instrumentos para la recolección de datos, Validez y confiabilidad del instrumento y el Plan de recolección y procesamiento de datos.

Luego los aspectos administrativos en el cual se aprecia el Presupuesto de la investigación y el cronograma de actividades terminando con la presentación de la referencias bibliográficas y anexos.





## **CAPITULO I: EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Durante las dos últimas décadas ha sido evidente el aumento progresivo de ancianos en el mundo. El incremento de la población de 60 años y más en el mundo, es así que de 204 millones de personas de 60 años y más que había en 1950, se ha incrementado a 577 millones en 1998, estimando para el año 2050 este grupo pueda llegar cerca de 1900 millones. (1)

El envejecimiento en el Perú según el último censo de población y vivienda del año 2005 la población a nivel nacional es de 27 millones 219 mil personas de las cuales 8.5% cuentan con 60 años y más. se estiman para el año 2010, 2025 y 2050 esta proporción de personas adultas mayores subirán al 10.8%, el 12.4% y el 21.3%. En cifras absolutas, las personas de 60 y más años subirán de 1 millón 848 mil en el año 2000 a 3 millones 665 mil en el año 2020 y a 4 millones 429 mil en el año 2025. El ritmo acelerado de envejecimiento de la población adulta mayor desde la década de los 80, el proceso de envejecimiento de la población se muestra por el aumento de la tasa de dependencia demográfica, es decir, la relación entre la población de 60 y más años respecto a la población de

15 a 59 años, la cual se incrementa a medida que aumenta el peso relativo del grupo de personas adultas mayores. (2)

Uno de los problemas que en los últimos años ha suscitado es el incremento del envejecimiento poblacional, hay más ancianos y una disminución de fecundidad en el mundo la principal razón del envejecimiento de la población son los cambios que ocurren en la población a medida que pasa los años por estas razones la proporción de personas que tienen 60 años o más está creciendo a pasos Agigantados que ningún otro grupo de edad.

Las caídas en el adulto mayor son la mayor causa de morbilidad y mortalidad, las consecuencias generalmente se extienden más allá de una lesión menor que lleva a una pérdida significativa de la independencia funcional y hasta la muerte. La morbilidad más importante son las fracturas como la de cadera así como, lesiones serias de tejidos blandos que ameritan inmovilización u hospitalización. (3)

La transición epidemiológica y demográfica en los países desarrollados y de Latinoamérica se ha visto reflejada en el aumento de envejecimiento de la población. Un problema de salud derivados de estos cambios es el incremento de caídas en el adulto mayor, con sus repercusiones físicas y psicológicas. La prevalencia de caídas en adultos mayores sanos con edades entre los 60 y 75 años varía de 15 a 30 %, y aumenta en los mayores de 70 años. Si bien la etiología de la caída en el adulto mayor es multifactorial, se han identificado factores de riesgo condicionantes con la edad, alteraciones del equilibrio, presencia de dos o más enfermedades crónicas, inactividad física entre otros. Estos factores precipitan una pérdida del equilibrio entre el individuo (factores intrínsecos) y su entorno (factores extrínsecos). (4)

Las caídas es la causa de muertes en el adulto mayor esta se va dar por muchos factores como enfermedades crónicas, mala marcha, caídas previas, el uso de medicamentos, estos cambios que se dan con la edad, las consecuencias en el ámbito social, psicológico y en su conducta, una

persona que ha sufrido una caída es más propensa a volver a caerse que aquella que nunca se ha caído.

Durante una consulta de salud en el centro de salud de Puente piedra pude observar que había adultos mayores que referían que vivían solo o la mayoría se quedaba al cuidado de los nietos. Al observar y escuchar todo esto llegue a la conclusión que estas personas tienen riesgo de sufrir accidentes intradomiciliarios porque dentro del domicilio no se cuenta con las condiciones adecuadas que brinden seguridad al adulto mayor.

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. Problema General**

¿Cuál es el riesgo de accidentes en el adulto mayor que realiza actividades de rutina, pacientes del Centro de Salud “Santa Rosa” de Puente Piedra, Lima – Perú 2011?

## **1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar el riesgo de accidentes en el adulto mayor que realiza actividades de rutina, pacientes del Centro de Salud “Santa Rosa” de Puente Piedra, Lima – Perú 2011

### **1.3.2. Objetivos específicos**

- ) Determinar los factores intrínsecos en el riesgo de accidentes en el adulto mayor que realiza actividades de rutina, pacientes del Centro de Salud “Santa Rosa” de Puente Piedra, Lima – Perú 2011
- ) Determinar los factores extrínsecos en el riesgo de accidentes en el adulto mayor que realiza actividades de rutina, pacientes

#### **1.4 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

La labor de la enfermera como profesión esta basad en el cuidado de la persona durante las etapas de su vida, en este caso sería en el cuidado del adulto mayor que pasa por cambios fisiológicas del envejecimiento aquellas modificaciones que ocurre en el organismo del adulto mayor, este trabajo está orientado a recolectar más datos que le puedan ser útiles para el profesional de enfermería y para el centro de salud de Puente acerca de los riesgos de accidentes que realiza el usuario en el hogar como las actividades diarias de rutina como: bañarse, movilizarse, cambiarse de ropa, alimentarse toda esta información para que lo pongan en práctica y todo ello para mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

#### **1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

La primera limitación corresponde a la población de estudio, ya que no muestran importancia a la investigación.

La segunda limitación corresponde a los resultados dela investigación sólo podrán ser referidos al contexto donde se realizó el estudio, pero si podrá utilizarse como marco de referencia

## **CAPITULO II. EL MARCO TEORICO**

### **2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO**

#### **2.1.1 Ámbito internacional**

Fundación Mapfre, en la ciudad de Madrid en el año 2008 realizo un estudio sobre “seguridad en el domicilio de personas adultas”, con el objetivo de conocer la prevalencia de caídas que se producen en el domicilio de la población española mayor o igual a 65 años, así como sus factores asociados, el método que se utilizo fue descriptivo. La población estuvo conformada por la población española, de ambos sexos, mayores de 65 años no institucionalizados residentes en el territorio nacional. La técnica que se utilizo fue encuesta telefónica y el instrumento fue el formulario tipo hoja de registro. Se concluyó entre otros:

“la prevalencia de caídas en los últimos 12 meses ha sido un 14.7%. La frecuencia de accidentes domiciliarios fue de 4.5% para los cortes, 2.7% por accidentes por fuego, 1.2% sufrieron intoxicaciones por medicamentos y 1.1% sufrieron intoxicación por alimentos y por ultimo 0.7% sufrieron intoxicación por gas y un 0.2 por acciones de electricidad “.

Gisela González C, Pedro Paulo Marín L y Gloria Pereida, en la ciudad de Santiago de Chile, en el año 2001 realizaron un estudio sobre “características de las caídas en el adulto mayor que vive en la comunidad”, con el objetivo de describir la prevalencia y características de las caídas en ancianos consultar a un ambulatorio de clínica geriátrica, el método fue descriptivo. En cuanto a la población, estuvo conformado por pacientes de 60 y más años que espontáneamente solicitan atención médica en el programa para el adulto mayor. La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento fue el cuestionario. Concluyeron entre otros:

“Las caídas entre los ancianos se producen principalmente fuera de casa, en sujetos mayores de 75 años de edad, con dependencia funcional y con una participación importante de los factores intrínsecos. La actividad física, así como el control de los riesgos ambientales, podrían ser factores de protección contra caídas de repetición”.

Pamela Crisóstomo Ávila, en la ciudad de Chile, en el año 2003 realizó un estudio sobre “Factores que predisponen a los adultos mayores sufrir fracturas en el hogar. Servicio de traumatología y ortopedia hospital Base Osorno”, con el objetivo de determinar los factores de riesgo que predisponen a los adultos mayores a sufrir fracturas en el hogar. El estudio fue de tipo cuantitativo, el método fue descriptivo. La población estuvo conformada por 15 personas a adultas mayores de 75 años a más. La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento fue el cuestionario. Concluyó entre otros:

“Adultos de 75 y más años, de sexo femenina, con escasa escolaridad, dueñas de casa, con sobrepeso, patologías crónicas degenerativas, sin alteraciones previas en la marcha, con independencia total en actividades cotidianas y que viven en un ambiente de riesgo.

### 2.1.2 **Ámbito nacional**

Luis Sandoval, José Capuñay y Luis Varela en la ciudad de Lima en el año 1996 realizaron un estudio sobre “Caídas en el adulto mayor. Estudio de una serie de pacientes de consultorio externo de medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia”, con el objetivo de determinar la frecuencia de Caídas en adultos mayores”, el método que se utilizó fue prospectiva y randomizado. En cuanto a la población estuvo conformado por las enfermeras del Hospital Cayetano Heredia. La técnica utilizada fue la entrevista y como instrumento el cuestionario.

Cecilia Yábar, Willy Ramos, Luis Rodríguez y Víctor Díaz en la ciudad de Chimbote, en el año 2006-2007 realizaron un estudio sobre “Prevalencia, características clínicas, socio familiares y factores asociados a fragilidad en adultos mayores de 75 años de un hospital de Chimbote”, con el objetivo de determinar la prevalencia, características clínicas, funcionales y socioeconómicas del anciano frágil mayor de 75 años en el hospital III Essalud de Chimbote entre octubre 2006 y abril 2007, el método que se utilizó fue observacional transversal. En cuanto a la población estuvo constituida por una cohorte de adultos mayores de 75 años atendidos en el módulo del adulto mayor de dicho hospital. La técnica que se utilizó fue la entrevista y sometidos al examen físico y el instrumento fue el cuestionario de Barber y Pfeiffer complementados por las escalas de Yesavage y de la Cruz roja. Concluyeron entre otros:

“Existe una alta prevalencia de fragilidad en adultos mayores de 75 años del hospital estudiado. Los factores asociados a fragilidad fueron la agudeza visual y auditiva disminuidas mientras que una buena o aceptable situación socio familiar constituyó factor protector”.



## 2.2 BASE TEÓRICA

### 2.2.1 El adulto mayor

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera como personas Adultas Mayores aquellas que tienen 60 a más años de edad.

En el año 1984, la Organización de Mundial de la Salud (OMS) establece el uso de término “Adulto Mayor” para referirse a las personas de 60 años a mas.de esta manera evitar múltiples denominaciones como: viejo, anciano, gerente, entre otros. A partir del año 1996, la organización de las naciones unidas denomina a este grupo poblacional personas adultas mayores (PAM) de conformidad con la resolución 50/141 aprobada por su asamblea general. (5)

La Organización panamericana de la salud, ha realizado la clasificación del adulto mayor en tres grupos:

- ✓ **Persona adulta mayor independiente o autovalente:** Es aquella capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria: comer, vestirse, desplazarse, asearse, bañarse, así como también actividades instrumentales de la vida diaria, como cocinar, limpiar la casa, comprar lavar, usar el teléfono administrar su economía, con autonomía mental.(6)
- ✓ **Persona adulta mayor frágil:** Es quien tiene alguna limitación para realizar todas las actividades de la vida diaria básica.(7)
- ✓ **Persona adulta mayor dependiente o postrada (no autovalente):** Es aquella persona que requiere del apoyo permanente de terceras personas. Tiene problemas severos.(8 )

Esta clasificación da la organización de la salud para poder valorar al paciente de acuerdo a su capacidad funcional y así poder realizar el cuidado integral del paciente.

### **2.2.2. Aspectos demográficos del adulto mayor**

El proceso de envejecimiento a nivel mundial y particularmente en América latina, está avanzando a un ritmo sin precedentes en la historia de la humanidad la tendencia universal a la disminución de la fecundidad y la prolongación de la esperanza de vida ha llevado a un incremento de la población de 60 y más años en el mundo, es así que la organización mundial de la salud (OMS) de 204 millones de personas de 60 años y más años que había en 1950, se ha incrementado a 577 millones en 1998, estimando que para el año 2050 este grupo poblacional pueda llegar cerca de 1900 millones. Así, que para el periodo 1950-2000, mientras la población total del mundo creció cerca de 141%, la población de 60 y más años aumento aproximadamente en 218% mientras que los de 80 y más años de edad de edad lo hicieron en cerca de 358% (9)

El envejecimiento de la población se está dando más rápido en América latina que en los países desarrollados debido a la pobreza y a las inequidades socioeconómicas, otra razón de este envejecimiento poblacional son los cambios que tiene la población a medida que pasa el tiempo hay más adultos mayores de 80 años.

En el contexto de América latina, el Perú se encuentra en pleno proceso de transición demográfica, donde el comportamiento de la tasa de fecundidad es moderada y la tasa de mortalidad se califica moderada-baja, si bien la población del Perú sigue siendo joven, viene presentando un proceso de envejecimiento que además de cambiar progresivamente el perfil demográfico nacional, el envejecimiento poblacional se debe a la disminución

de las tasa de fecundidad, las que descienden en el Perú desde 1970 y a ritmo acelerado a partir de 1980. (10)

La población de adultos mayores se está incrementando en el Perú desde la década de los 80 se incrementa a medida que pasa los años hay más adultos mayores de 60 años a mas que la población de 15-59 años hay mayor crecimiento de población adulta en las zonas urbanas.

Los resultados de ENAHO (encuesta nacional de hogares) señalan que la situación de enfermedad o accidente de hombres y mujeres adultos mayores es diferenciado, siendo más alto en las mujeres, 74.7%que en los hombres, 64.2%.(11)

### **2.2.3. El proceso de envejecimiento**

El envejecimiento es un proceso normal que implica un crecimiento, desarrollo y adaptación continuados hasta la muerte. (12). Otra definición de envejecimiento es el deterioro del organismo maduro, propio de todo los miembros de una especie, de manera, con el tiempo, se vuelve incapaz de hacer frente al estrés del entorno, y por ende, aumenta la posibilidad de morir. (13)

El envejecimiento es el cambio que ocurre en la célula, en los tejidos y en el organismo de la persona son modificaciones del proceso de envejecimiento otro tipo de fenómenos que contribuyen a este cambio son el medio ambiente, estilos de vida, capacidad de adaptación y bienestar consigo mismo.

Desde el punto de vista social, la teoría de la actividad propuesta por Havighurst (1969) sostiene que, con excepciones de los cambios inevitables de salud y fisiológicos, la persona anciana sigue teniendo las mismas necesidades de tipo físico, psicológico y social. (14)

#### 2.2.4. Cambios en el adulto mayor

Son cambios que se van a darse en el organismo de la persona ocurren modificaciones biológicas, psicológicas y sociales, estos cambios pueden generar limitaciones en las actividades de la vida cotidiana de la persona.

Las personas mayores enfrentan cambios físicos que generan limitaciones, cambios laborales, sociales, económicos, en que muchas ocasiones sobrecargan esta habilidad de adaptación esto genera ajustes en su vida cotidiana, impuestos por limitantes, posibles enfermedades crónico-degenerativas, y muerte a su alrededor.(15)

##### A. Cambios biológicos

Se considera los cambios fisiológicos a nivel celular, y tisular, que envuelve una serie de cambios químicos y fisiológicos, que causan declinación funcional del adulto mayor.

Cambios en el tejido epitelial: Con el envejecimiento se producen varios cambios en la piel y sus apéndices (pelo y uñas).

**La piel:** las arrugas están originadas por la pérdida de grasa subcutánea y agua en las capas de la epidermis, así por años de exponerse al sol. También ya menos fibras elásticas, con lo cual se produce una menor hinchazón de la piel, de modo que pellizcarle la piel a un anciano ya no es válido de su estado de hidratación. En las personas adultas las glándulas sebáceas producen menos grasa, de modo que es posible que la piel se encuentre seca y escamosa y la persona sienta picores. (16)

**Las uñas:** las uñas del anciano son gruesas y se parten fácilmente. Es imprescindible que se remojen en agua caliente antes de cortarlas y arreglarlas para prevenir que se astillen y evitar posibles heridas que produzcan infección. Así, el estado de las uñas de los pies del anciano puede servir de ayuda para

indicar si esa persona es capaz de vivir sola y ocuparse de sus necesidades higiénicas personales. (17)

**Sistema respiratorio:** Un hallazgo casi universal con el envejecimiento es la rigidez de caja torácica, debido principalmente a la calcificación de los cartílagos costales y a los cambios degenerativos en las articulares costo vertebrales. Hay una disminución en la elasticidad pulmonar. Los cambios en las propiedades elásticas del pulmón determinan alteraciones en los flujos y volúmenes pulmonares, la capacidad vital también se encuentra disminuida (18)

**Sistema cardiovascular:** Con el envejecimiento, el aparato valvular mitro aórtico tiene a engrosarse y calcificarse, lo cual origina soplos de baja intensidad que, en la mayoría de casos, no tienen repercusiones hemodinámica ni clínica importante.

**B. Cambios neurológicos:** El cerebro tiene gran capacidad de reserva. Sin embargo, en las personas muy mayores, disminuye su tamaño y peso, así como el número de neuronas en funcionamiento sobre todo en la substancia negra, generalmente se admite que en los ancianos la transición nerviosa es más lenta. Se reduce la velocidad de la conducción nerviosa, de manera que, hacia los 70 años, el movimiento voluntario es en cierto modo más lento, se también más pausada la toma de decisiones y se produce una respuesta retardada. (19)

Las alteraciones más asociadas a esta etapa de la vida del adulto mayor son el Parkinson y alzhéimer son, junta la demencia senil, las enfermedades más relevantes y que coinciden de una manera muy severa el desarrollo de la vida de los ancianos. El efecto de estos trastornos sobre la alimentación varían mucho y pueden ir desde la simple manifestación de manías, hasta trastornos que incapacitan a la persona para comer por sí sola.

### C. Cambios sensoriales

**Visión:** a partir de los 30 años empieza a disminuir la capacidad visual avanza con el envejecimiento, de modo que casi todas las personas con edades comprendidas entre los 45 y 50 años sufren de presbiopia o incapacidad de cambiar la forma del cristalino para adaptarse a la visión de cerca, haciendo necesario el uso de gafas. Como con la edad disminuye la pupila, se hace necesaria una luz más potente para permitir la visión. Y también debido a los cambios en la opacidad del cristalino, aumenta la sensibilidad al resplandor; por tanto, cuando lean las personas mayores deben tener luz brillante pero difusa.

Durante la vejez también disminuye la discriminación de los colores al adquirir el cristalino un tono amarillento. Los verde, azulados y violetas serán difíciles de ver porque los cristalinos se ponen amarillos ocultan estos colores. Por el contrario, el amarillo, naranja y rojo se distinguirán con más claridad. A causa de su reducida discriminación de los colores, es frecuente que los mayores vistan colores que desbotonen y necesiten que alguien los orienten para seleccionar la ropa. A medida que disminuye la visión, se altera la percepción de la profundidad, a causa de estos cambios, es importante utilizar algún método para determinar dónde empiezan y acaban los peldaños de la escalera y donde se encuentra el borde de cada uno de ellos. (20)

Las glándulas lacrimales producen menos lágrimas, dando como resultado una cornea seca e irritada que puede verse aliviada utilizando gotas para los ojos. La disminución de la agudeza visual a los 65 años, la mayoría de los adultos mayores presentan una agudeza visual de 20/70 (los objetos se ven a 6 m, los ve una persona de visión normal a 20 m), o menor la visión envejecida da lugar a una imagen con un fondo oscuro y borroso, detrás del punto focal. Esta disminución de la visión en el adulto mayor impide que realicen las actividades cotidianas o de rutina, otra de

las modificaciones que contribuye a la disminución de la agudeza es el aplanamiento de la córnea que da lugar a un astigmatismo y visión borrosa.

**Audición:** la presbiacucia es una pérdida progresiva de la audición y discriminación de los sonidos que se produce con la edad, está acompañada por la pérdida de la percepción de los tonos altos y se relaciona con cambios en el órgano de Corti, o con la pérdida de células nerviosas en el octavo nervio craneal. Es más común entre hombres que entre las mujeres. Los ruidos exagerados, tanto en el hogar como fuera aumenta la pérdida de audición de manera que, en el maduro y vejes, los daños pueden llegar a ser graves. El acumulo de cerumen compacta es también común en los ancianos y puede llevar a suponer que la persona tiene pérdida de la audición. La capacidad de discriminar entre las frecuencias más altas a menudo se halla dañada al llegar a los 50 y disminuye notablemente después de los 65 años. La pérdida de la audición avanza de una forma lenta y desigual. La disminución de la agudeza auditiva, consiste en una pérdida gradual, progresiva y simétrica de la capacidad de oír sonidos de alta frecuencia, y que a medida que evoluciona, implica también a los sonidos de media y baja frecuencia, esta pérdida gradual bilateral se debe a un proceso degenerativo de las neuronas del nervio auditivo (octavo par craneal) de los huesos y de la cóclea. (21)

**Papilas gustativas:** el sentido del gusto parece disminuir, lo cual lleva a un cambio en el tipo de alimentos que prefieren. Parece que a los ancianos les gusta más las especias, los alimentos muy condimentados o simplemente tomar más azúcar o sal en la comida para que tengan más sabor. En el estudio longitudinal Baltimore, Shock (1984) descubrió que en los ancianos se ha reforzado lo salado y amargo pero no así lo agrio o dulce, por lo tanto, las personas que preparen comidas para los ancianos deberían tener en cuenta estos problemas. (22)

**Olfato:** Se cree que los ancianos los nervios olfatorios tienen menos células en funcionamiento. Y ya que el olor de los alimentos estimula la salivación y el hambre, su disminución contribuirá con frecuencia a un menor apetito. También un menor sentido del olfato conducirá a no poder oler el peligro en el entorno, como por ejemplo. Advertir escapes de gas, llaves de la cocina que no están completamente cerradas y alimentos en mal estado (23)

En el adulto mayor los cambios el gusto, olfato, oído se debe al proceso de envejecimiento esto se va a dar fundamentalmente a la atrofia de las papilas gustativas y el nervio olfatorio se degenera, este proceso comienza a los 50 años, la sensibilidad por el dulce o el salado cambia lo que lleva, en muchos casos al consumo de alimentos fuertemente sazonados o muy azucaradas.

**Tacto:** En el anciano puede disminuir el sentido del tacto, sin embargo, muchas personas mayores responden al contacto y quizá indique eso una sensación especial de atención por otra persona. También en muchas personas es precaria la sensación de equilibrio, sobre todo cuando intentan apresurarse. Al parecer, la coordinación muscular necesaria para producir los movimientos requiere un mayor tiempo de elaboración que en los jóvenes. En las personas muy ancianas se reduce la respuesta tanto a los estímulos vestibular como cinestético. Los receptores del sentido vestibular se sitúan en los músculos y tendones y retransmiten señales al sistema nervioso central en relación al movimiento articular y la situación del cuerpo en el espacio. Ya que estos sentidos ayudan a mantener el equilibrio, la coordinación y la posición normal del cuerpo, cuando el anciano disminuye su eficacia se produce una falta de estabilidad general, la coordinación en los movimientos y un mayor balanceo corporal. (24)



En los adultos mayores experimentan cambios en las sensaciones relacionados con el tacto a medida que envejecen, uno le puede parecer más difícil, por ejemplo establecer la deferencia entre fresco y frío, esta disminución de la sensibilidad a la temperatura incrementa el riesgo de lesiones como hipotermia y quemaduras en el adulto mayor

**Sistema musculo esquelético:** con los años hay una pérdida gradual de fuerza y resistencia muscular por que se atrofian las células musculares y se produce perdida de la masa muscular magra .también en este tejido hay, a la vez, una pérdida de fibras elásticas que lleva a una reducción de la flexibilidad y a un incremento de la rigidez. Pero hay personas físicamente activas muestran menos rigidez y atrofia muscular. Y para ayudar a reducir la atrofia muscular es esencial seguir una dieta adecuada. Hay muchos ancianos que no toman las suficientes proteínas, vitaminas para mantener la integridad de músculos y huesos. Son propensos, con el tiempo, a la pérdida de masa corporal y ósea.

Entre los mayores, la osteoporosis es una manifestación frecuente de anormalidad ósea y es más habitual y temprana entre mujeres que entre los hombres. En los ancianos se produce una pérdida de espesor de las vértebras, los huesos largos y los pélvico, ya que en la resorción de los huesos es mayor que su formación. Y este debilitamiento del hueso aumenta la posibilidad de que se produzcan fracturas como consecuencia de sostener el peso o por exceso de tención. En esta etapa de la vida la osteoporosis vertebral conduce fracturas y deformidades del esqueleto, como cifosis y escoliosis, junto con fuertes dolores de espalda o presión en los nervios espinales. Debido a su alta proporción de hueso trabecular, las vértebras son especialmente vulnerables a la osteoporosis. (25)

En esta etapa de la vida del adulto mayor hay una pérdida global de proteínas que se manifiesta tanto a nivel muscular como

visceral otro problema es la pérdida de la densidad ósea y el consecuente aumento del riesgo de osteoporosis, enfermedad muy frecuente entre la población femenina en esta edad más que en los hombres. Las fracturas entre los ancianos son muy frecuentes debido a la osteoporosis el grupo de personas que tienen mayor riesgo son las mujeres de raza blanca, delgadas, bajas y posmenopáusicas, que fumen y beban, sean mayores de 75 años y cuente con antecedentes de osteoporosis en la familia .

#### **D. Cambios Psicológicos**

Dentro del campo intelectual se da un enlentecimiento del ritmo y de la actividad intelectual; hay disminución de la memoria de fijación y de la capacidad de aprendizaje de nuevos símbolos y operacionales; por el contrario presenta una mayor minuciosidad, es decir una mayor capacidad para la percepción de detalle. El sueño es mucho más superficial, en promedio de 5 a 6 horas diarias.

La memoria de evocación no es afectada. Se da el empobrecimiento de la capacidad de expresión que la mayor parte de las veces se hacía a expensas de las limitaciones del vocabulario. Este fenómeno se suele observar, en sus comienzos, alrededor de los 65 años y mucho antes si presenta arteriosclerosis.

La alteración progresiva de las funciones mentales lleva a la demencia senil, una de las más frecuentes enfermedades mentales del anciano, la cual se presenta generalmente en edades avanzada, aunque su aparición en edades tempranas está ligada a la arteriosclerosis, las enfermedades de pick o Alzheimer.(26)

El envejecimiento de las capacidades intelectuales se da partir de los 30 años se inicia por la disminución de las capacidades intelectuales y se acelera con la vejes, va ver una pérdida de la

capacidad para resolver problemas, también van a estar alteradas la capacidad de lenguaje y de expresión. Existen alteraciones en la memoria, suelen padecer de amnesia focalizada con el tiempo. En estos cambios la personalidad no suele alterarse a menos que haya una patología.

## **E. Cambios Sociales**

El director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido los factores sociales como “aquellos que influyen sobre la salud, servicios de salud, y el bienestar de las comunidades” señalando que dependen de la psicología del individuo y de la estructura y de las funciones de los grupos sociales. A este respecto el Dr. Franz Baro, Director del centro psiquiatría Universitario de la Universidad de Lovaina que colaboro con la OMS; señala la importancia del establecimiento de programas que permitan el desarrollo de las personas de edad lo cual necesariamente implica la detección y el conocimiento de los principales factores psico-sociales que afecta el desenvolvimiento de las personas ancianas; entre las que mencionamos:

La pérdida de posición social, los ancianos se preguntan “somos realmente útiles” la cuestión de la productividad es esencial, pues al no trabajar su sentimiento de inutilidad y confusión en cuanto a su función social con frecuencia los lleva a la depresión.

La pobreza es otro factor importante; la llegada a la etapa de la jubilación en muchos casos causa situaciones estresantes al anciano, la falta de dinero, el acostumbrarse a vivir con un ingreso limitado determina la exacerbación de casi todo el sus problemas cotidianas; cobrando especial importancia de los índole efectivo.

Otro factor es la soledad. El aislamiento; la incomprensión; la pérdida de control, de poder dentro de la familia, la perdida de

participación en la toma de decisiones; la conciencia del abismo generacional creado y que lo que separa en relación a los jóvenes, la conciencia de tornarse indeseable, el darse cuenta de la pérdida de interés por ellos de parte de la familia, la sociedad y el estado. (27)

### **2.2.5 Evaluación del estado funcional del adulto mayor**

Los cambios normales a causa del envejecimiento y los problemas de salud de los adultos mayores, a menudo se manifiestan como declinaciones en el estado funcional. Estos problemas de salud condiciones de deterioro funcional en los adultos mayores de no ser tratados pueden conducir a situaciones de incapacidad severa (inmovilidad, inestabilidad, deterioro intelectual) y ponen al individuo el riesgo iatrogenia. Una de las mejores maneras de evaluar el estado de salud de los adultos mayores es mediante la evaluación funcional, la cual provee los datos objetivos que pueden indicar la futura declinación o mejoría en el estado de salud y que permita al personal de salud intervenir de forma apropiada. (28)

#### **Índice para evaluar las actividades básicas de la vida diaria(ABVD)**

Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), son aquellas habilidades esenciales para llevar a cabo las actividades de auto cuidado, alimentación, vestirse, aseo personal, trasladarse, utilizar el retrete y mantener la continencia.

Existe instrumento que evalúa aspectos de las actividades de la vida diaria de los pacientes que han perdido su autonomía entre ellas tenemos: el índice da Katz, la escala de barthel, entre otras.

El índice de Katz fue creado en el año 1958 por un equipo multidisciplinario dirigido por S. Katz y formado por enfermeras, médicos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas del The Benjamín Rose Hospital (hospital

geriátrico y de enfermos crónicos de Cleveland, Ohio) para delimitar la dependencia en fracturas de caderas este índice valora la capacidad para realizar el cuidado personal valorando independencia o dependencia al bañarse, vestirse, trasladarse, utilizar el retrete y mantener la continencia (ABVD). (29)

La escala de Katz consta de 6 elementos y evalúa las actividades básicas de la vida diaria como: alimentarse, bañarse, vestirse, trasladarse, utilizar el retrete y mantener la continencia.

Estructura del índice da katz

- A. Independiente en alimentación, continencia, movilidad, uso del retrete, bañarse y vestirse.
- B. Independiente para todas las funciones anteriores excepto una.
- C. Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional.
- D. Independencia para todas excepto bañarse y otra función adicional.
- E. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función.
- F. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función adicional.
- G. Dependiente en las seis funciones.
- H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C; D; E o F.(30)

Este instrumento va evaluar las actividades cotidianas que realiza el adulto mayor para ver si es dependiente o independiente en los 6 elementos básico que realiza diariamente que es parte de su vida cotidiana es independiente cuando se baña completamente sin ayuda, es dependiente cuando necesita ayuda para levantarse más de una parte de su cuerpo o para salir o entrar a la bañera, hay otros instrumento para la valoración del equilibrio y la marcha como la escala de Tinetti, la escala de Lawton es útil para detectar los primeros grados de deterioro funcional de los adultos mayores

que viven en sus domicilios, al igual como el índice de Katz ABVD, la escala de Lawton es sobre todo al grado de independencia que el paciente tiene para realizar las actividades básicas de la vida cotidiana del adulto mayor.

## **2.2.6 Accidentes y riesgo en el adulto mayor**

Los accidentes ocupan el séptimo lugar como causa de muerte de ancianos. las caídas, que son la causa principal de muerte por accidente en el anciano, con frecuencia no tienen consecuencias mortales, pero sí afecta la salud y la calidad de vida de la persona.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, “la caída es la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite a la persona al suelo contra su voluntad.”

### **Accidentes frecuentes**

#### **Caídas**

- a. En el dormitorio
- b. En el baño
- c. En otras dependencias

#### **Quemaduras**

- a. Gas
- b. Agua caliente
- c. Electricidad

#### **Intoxicaciones medicamentosas**

- a. Causas predisponentes:
- b. Disminución de los reflejos de agudeza visual
- c. Lesiones funcionales en los miembros
- d. Mala adaptación a las necesidades del anciano

Las caídas son un indicador útil de fragilidad general. Las personas con antecedentes de caídas tienen niveles más elevados de uso subsecuente de cuidado de la salud y estado funcional deficiente. (31)

### **Consecuencias de las caídas**

Las consecuencias de las caídas se pueden dividir en dos grandes grupos:

#### **Consecuencias a corto plazo**

Aunque el 50% de las caídas solo producen lesiones menores, como abrasiones o contusiones de la piel, en el 1% de los casos pueden dar lugar a unas fracturas y lesiones graves de tejidos blandos. Las fracturas son una causa importante de morbimortalidad en los ancianos y representa el principal motivo de lesiones que requieren hospitalización.

#### **Consecuencia a largo plazo**

Después de las caídas, en un tercio de los ancianos se pueden presentar diversos grados de inmovilización, con pérdida de autonomía, incluso en ausencia de lesiones físicas, que provocan, a su vez la aparición de otras complicaciones, como contracturas articulares, úlceras de presión, trombosis venosa profunda, atrofia muscular, estreñimiento. Se observa también una pérdida de confianza en las propias capacidades y miedo a futuras caídas, con importantes modificaciones en los hábitos de vida, confinamiento en el domicilio y aislamiento social, consecuencias que se agrupan bajo la denominación “síndrome pos caídas”. (32)

### **2.2.7. Factores de riesgo**

Las caídas accidentales son debidas a una combinación de factores extrínsecos (ambientales), intrínsecos (anormalidades de los órganos y sistemas).

**Los factores extrínsecos:** constituyen la primera causa de caídas en el adulto mayores estos son relacionados a los cambios por la edad:

- Cambios en la marcha, los cuales conducen a los mayores arrastrar los pies cuando caminan.
- Disminución de la propiocepción, contribuye a una alteración del equilibrio, sobre todo durante los cambios de posición y al caminar por superficies irregulares.
- Cambios en el control postural, la estabilidad y el equilibrio se ven afectados por los reflejos lentos, cambios sensoriales, menos fuerza muscular y menor coordinación y alteraciones articulares.
- Deterioro mental
- Disminución de la agudeza visual
- Vivir solo aumenta el riesgo de caídas.

### **Factores intrínsecos**

Incluyen anomalías en cualquiera de los órganos y sistemas que contribuyen al control postural. El control postural depende de 3 componentes estímulo sensorial es decir estímulos visuales y vestibulares, procedimiento central que básicamente involucra partes del sistema nervioso central y la respuesta efectora que involucra neuronas motoras que involucra neuronas motoras superiores e inferiores, músculos, y articulares.(33)

### **Intervenciones**

#### **Ambiente seguro**

Se realiza una evaluación multifactorial, con la visita domiciliaria, en la que se deben determinar los riesgos del ambiente en el que vive el paciente, y plantear intervenciones individualizadas, para las modificaciones de riesgos en el hogar como:

- Quitar las alfombras pequeñas



- Instalar manijas en los baños
- Si es posible aumentar la altura del inodoro
- Buscar una buena iluminación en los ambientes
- Si la casa tiene escaleras estas deben tener pasamanos a ambos lados
- Tener utensilios al nivel de los hombros de paciente etc.

### **Ejercicio y terapia física**

El ejercicio es capaz en la prevención de caídas tanto el paciente de alto riesgo como bajo riesgo.

En pacientes de bajo riesgo, una sesión de ejercicio grupal semanal que refuerce el equilibrio, complementada con ejercicios en casa diarios ha demostrado ser medidas eficaces de prevención.

### **Corrección del déficit visual**

Corregir la pérdida de la visión de acuerdo a la causa: cataratas, presbicia, daño macular. Preferir lentes de visión a distancia a los lentes multifocales.

### **Control de la medicación**

Verificar el uso de múltiples drogas: antihipertensivos, medicación psicotrópica como el benzodiazepinas y anti colinérgicos que incrementan el riesgo de caídas. En este aspecto es importante el uso racional de medicamentos.

## **2.2.8 Promoción de estilos de vida saludable del adulto mayor**

“Calidad de vida del adulto mayor” según Velandia (1994) es “la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferentes manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las

adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la validez”.(34)

Krzejmen (2001) sostiene que también que la calidad de vida del adulto mayor se da en la “medida en que el logre reconocimientos a partir de relaciones sociales significativas; esta etapa de su vida será vivida como prolongación y continuación de un proceso vital; de lo contrario, se vivirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social del adulto mayor”. (35)

### **2.2.9 Medidas de prevención de accidentes en adulto mayor**

#### **Prevención de caídas**

Las caídas que sufre el adulto mayor muchas veces son de causa de:

- Mal uso de bastones, muletas o sillas de rueda
- La pérdida del control del equilibrio (mareos)
- Trastornos de la marcha
- Disminución de la visión
- Alcoholismo
- Arrastre de los pies en lugar de levantarlos adecuadamente
- Suelos resbaladizos
- Juguetes en el suelo
- Alfombras arrugadas. Cables eléctricos sueltos
- Uso de sedantes
- Calzado flojo, vestido y camisones largos.

#### **Auto cuidado**

- Evitar agacharse en exceso, es recomendable el uso de los utensilios al alcance de la mano
- Mantener limpios los lentes
- Controlarse una vez al año por un oftalmólogo

- Utilizar zapatos cómodos
- Retirar objetos aglomerados
- No mirar directamente luces brillantes como la de los carros.
- Realice, siempre que sea posible, actividades de la vida diaria. El ambiente familiar debe proporcionar apoyo psicológico, seguridad y confianza y evitar la sobreprotección.
- Mantener una dieta adecuada con un complemento nutricional de calcio (huevo, leche. Yogurt. Vitamina D.
- Mantenga su peso ideal
- Báñese de preferencia en ducha, de preferencia sentado en una silla de plástico con espalda y con asideros para ayudar en la movilización
- Evite los suelos muy lustrosos irregulares o mojados
- Instale luces en rodapiés y sócalos

#### **Prevención de quemaduras**

- Colocar en lo posible protecciones alrededor de aquellos objetos que se encuentran calientes y que resultan accesibles necesariamente.
- Evitar las salpicaduras, usando cubiertas o tapaderas mientras se cocinan los alimentos
- Los mangos de sartenes, cacerolas y pucheros no deben sobresalir del mueble de cocina.
- Situar los objetos calientes o con llama viva fuera del alcance de la población vulnerable
- Utilizar bloqueador solar, antes de la exposición a rayos solares.

#### **2.2.10. Teorías de enfermería que dan sustento a la investigación**

**JEAN Watson**, la familia es la fuente que inculca la formación de valores humanísticos y altruistas, de allí que es en donde el adulto mayor quiera pasar los últimos años de su vida y es necesario brindarle los cuidados necesarios, observando los factores que

podrían alterar su salud en los aspectos físicos, emocionales y sociales.

En este punto es necesario observar sus necesidades siendo entonces necesario identificar los factores que de alguna manera impiden y/o dificultad una óptima calidad de vida de los adultos mayores.

**MADELEINE Leininger en su teoría transcultural**, define el cuidado como la esencia de la enfermería, cuya práctica se basaría en: *"... un conjunto de conceptos e hipótesis interrelacionados que tienen en cuenta las conductas cuidantes, los valores y las creencias basados en las necesidades culturales de los individuos y grupos, para proporcionarles unos cuidados de enfermería eficaces y satisfactorios. El objeto de su teoría es que los pacientes propongan sus puntos de vista, conocimientos y prácticas como base para acciones y decisiones profesionales válidas"*

En ambas propuestas la familia puede abordarse en tres dimensiones diferentes 1) Como factor que junto a otros condicionantes básicos influye en la necesidad de cuidados de sus miembros y la capacidad y posibilidades de satisfacerlos, 2) Como contexto en que se brindan dichos cuidados en una situación de dependencia, 3) Como entidad global que en determinadas circunstancias necesita de cuidados enfermeros

Esta perspectiva exige al personal de enfermería ubicar la práctica profesional como producto de una interacción con un Otro portador de creencias y significados que deben ser respetados y sólo resignificados si obstaculizan la posibilidad de que la persona 'autocuidada' se exprese en toda su potencialidad. Es decir, se concibe la persona como activa y capaz de transformar su entorno.

## 2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

**a. Riesgo a accidentes:** son la respuestas expresada por el adulto mayor a la predisposición a experimentar o presentar algún tipo de evento inesperado.

**b. Adulto mayor:** toda persona de 65 años o más año.

**c. Actividad de rutina:** son las acciones que realiza el adulto mayor en su vida cotidiana como alimentarse, moverse, vestirse, asearse, hacer uso de los servicios higiénicos.

Pacientes del centro de salud: es la persona que va a realizar consulta al centro de salud de puente piedra

## 2.4. HIPÓTESIS

### 2.4.1. Hipótesis general

- El riesgo de accidentes en el adulto mayor que realiza actividades de rutina, pacientes del centro de salud de Puente Piedra es alto.

### 2.4.2. Hipótesis específicos

- Determinar los factores intrínsecos y extrínsecos en el adulto mayor que realiza actividades de rutina, pacientes del centro de salud de puente piedra es medio.
- Determinar el Grado de independencia para realizar las actividades de la vida diaria (ABVD) según el índice de katz en el adulto mayor que realiza actividades de rutina, pacientes del centro de salud de puente piedra es medio.
- Determinar el Grado de independencia para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) según la escala de Lawton Brady en el adulto mayor que realiza

actividades de rutina, pacientes del centro de salud de puente  
pedra es medio.

## 2.5. VARIABLES

Operacionalización de variable				
variable	Definición conceptual	Dimensiones	indicadores	Definición operacional
Riesgo de accidentes en el adulto mayor que realiza actividades de rutina.	<p><b>Riesgo:</b> Posibilidad de que se produzca una desgracia o contratiempo.</p> <p><b>Accidentes:</b> Cualquier suceso que, provocado por una acción violenta y repentina ocasionada por un agente externo involuntario, da lugar a una lesión corporal</p> <p><b>Adulto Mayor:</b> Persona de sexo masculino o femenino, de 60 años a más.</p>	factores intrínsecos	<p>Grado de independencia para realizar las actividades de la vida diaria(ABVD) según el índice de katz.</p> <p>Grado de independencia para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria(AIVD) según la escala de lawton brody</p>	Es la probabilidad que el adulto mayor pueda sufrir accidentes durante la realización de las actividades de rutina ,relacionados con los factores intrínsecos y extrínsecos

	<p><b>Actividades de Rutina:</b>  Las actividades de rutina son ciertas actividades que Realiza con regularidad y tiene que ver con el bienestar de la persona.</p>	<p>Factores extrínsecos</p>	<p><b>Condición familiar</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Vive solo.  <input type="checkbox"/> vive acompañado </p> <p><b>Factores ambientales</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Dormitorio  Falta de lámpara  Interruptor cerca de la cama.  Camas altas y estrechas.  <input type="checkbox"/> baño  Piso deslizante  <input type="checkbox"/> cocina  Defectuosa  Altura inadecuada  <input type="checkbox"/> suelo  Desnivelado/irregular  <input type="checkbox"/> constructivos  Filtraciones  Iluminación deficiente  Fuentes eléctricos mal protegido  <input type="checkbox"/> calzado  Suela resbaladiza.  Desajustados. </p>	
--	---	-----------------------------	--	--



## CAPITULO III. METODOLOGÍA

### 3.1. TIPO Y NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

#### **Tipo de Investigación**

De tipo no experimental. Porque no se manipularán las variables de estudio.

#### **Nivel de Investigación**

**De nivel descriptivo:** Ya que está orientada al a describir una situación y/o un hecho en este caso los riesgos a accidentes en el adulto mayor.

**Es de corte transversal,** ya que el contacto del investigador con la población en estudio será en un determinado momento.<sup>38</sup>

### 3.2. DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio se realiza en el centro de salud de Puente Piedra, este centro de salud brindan atención de servicio de salud considerando las etapas de vida (niño, adolescente, adulto, adulto mayor).

### 3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

**La población** estará conformada por pacientes adultos mayores que acuden al Centro de Salud “Santa Rosa” de Puente Piedra.

**La muestra** estará conformada por 25 pacientes adultos mayores que acuden al Centro de Salud “Santa Rosa” de Puente Piedra de agosto a noviembre del 2011.

#### **3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para la recolección de datos se utilizará la técnica de la entrevista y en instrumento el formulario el índice de Katz y escala de Lawton Brody, el cuestionario consta de 28 preguntas que se le va a realizar al paciente

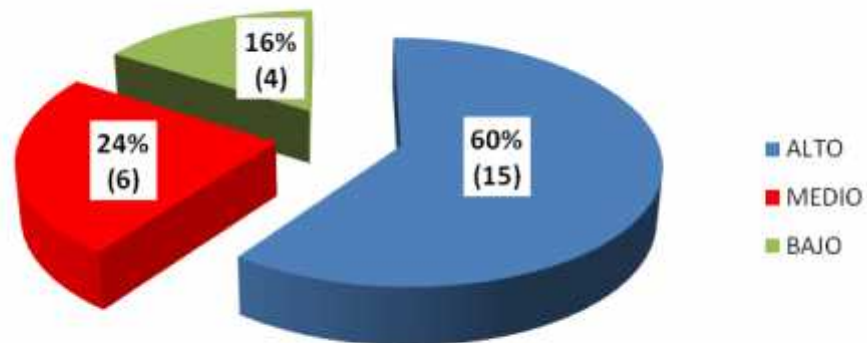
#### **3.5. PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS**

Para implementar el estudio se realiza el trámite administrativo, mediante un oficio dirigido al director del centro de salud para pedirle autorización para la aplicación del instrumento.

## CAPITULO IV: RESULTADOS

### GRAFICA 1

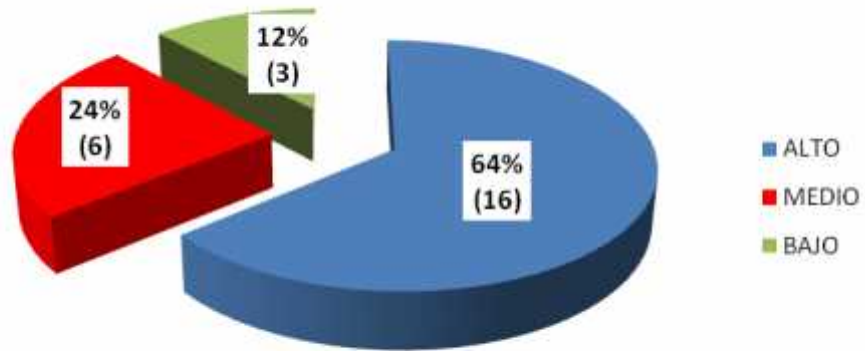
#### RIESGO DE ACCIDENTES EN EL ADULTO MAYOR QUE REALIZA ACTIVIDADES DE RUTINA, PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD “SANTA ROSA” DE PUENTE PIEDRA, LIMA – PERÚ 2011



Según los resultados presentados en la Grafica 1, los riesgos de accidentes en el adulto mayor que realiza actividades de rutina, pacientes del Centro de Salud “Santa Rosa” de Puente Piedra-Lima. Es Alto en un 60%(15), Medio en un 24%(6) y Bajo en un 16%(4).

## GRAFICA 2

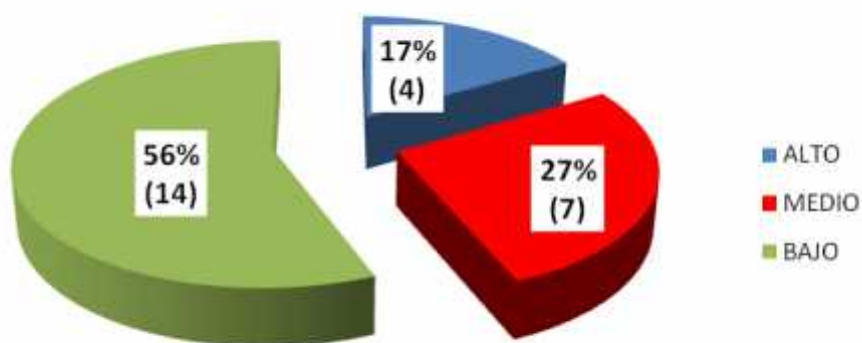
### FACTORES INTRÍNSECOS EN EL RIESGO DE ACCIDENTES EN EL ADULTO MAYOR QUE REALIZA ACTIVIDADES DE RUTINA, PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD “SANTA ROSA” DE PUENTE PIEDRA, LIMA – PERÚ 2011



Según los resultados presentados en la Grafica 2, los factores intrínsecos en el riesgo de accidente en el adulto mayor que realiza actividades de rutina, pacientes del Centro de Salud “Santa Rosa” de Puente Piedra-Lima. Es Alto en un 64%(16), Medio en un 24%(6) y Bajo en un 12%(3).

### GRAFICA 3

#### FACTORES EXTRÍNSECOS EN EL RIESGO DE ACCIDENTES EN EL ADULTO MAYOR QUE REALIZA ACTIVIDADES DE RUTINA, PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD “SANTA ROSA” DE PUENTE PIEDRA, LIMA – PERÚ 2011



Según los resultados presentados en la Grafica 3, los factores extrínsecos en el riesgo de accidente en el adulto mayor que realiza actividades de rutina, pacientes del Centro de Salud “Santa Rosa” de Puente Piedra-Lima. Es Alto en un 17%(4), Medio en un 27%(7) y Bajo en un 56%(14).

## **PRUEBA DE HIPOTESIS**

### *Prueba de la Hipótesis General:*

H1: El riesgo de accidentes en el adulto mayor que realiza actividades de rutina, pacientes del centro de salud de Puente Piedra, es alto.

Ho: El riesgo de accidentes en el adulto mayor que realiza actividades de rutina, pacientes del centro de salud de Puente Piedra, no es alto.

Ha Ho  
=0,05 (5%)

Tabla 1: Prueba de la Hipótesis General mediante el Chi Cuadrado ( $X^2$ )

	<b>ALTO</b>	<b>MEDIO</b>	<b>BAJO</b>	<b>TOTAL</b>
Observadas	15	6	4	25
Esperadas	8	8	9	
(O-E) <sup>2</sup>	49	4	25	
(O-E) <sup>2</sup> /E	6,13	0,5	2,78	9,31

De acuerdo a los resultados presentados en la Tabla 1, el valor obtenido del Chi Cuadrado Calculado ( $X_C^2$ ) es de 9,31; siendo el valor obtenido del Chi Cuadrado de Tabla ( $X_T^2$ ) de 5,53; como el Chi Cuadrado de Tabla es menor que el Chi Cuadrado Calculado ( $X_T^2 < X_C^2$ ), entonces se rechaza la Hipótesis Nula (Ho) y se acepta la Hipótesis Alternativa (Ha), con un nivel de significancia de  $p < 0,05$ .

Siendo cierto que: El riesgo de accidentes en el adulto mayor que realiza actividades de rutina, pacientes del centro de salud de Puente Piedra, es alto.

## CAPITULO V: DISCUSION DE RESULTADOS

Los riesgos de accidentes en el adulto mayor que realiza actividades de rutina, pacientes del Centro de Salud "Santa Rosa" de Puente Piedra-Lima. Es Alto en un 60%(15), Medio en un 24%(6) y Bajo en un 16%(4). El valor obtenido del Chi Cuadrado Calculado ( $X_C^2$ ) es de 9,31; con un nivel de significancia de  $p < 0,05$ . Coincidiendo con la Fundación Mapfre (2008) concluyó entre otros: "la prevalencia de caídas en los últimos 12 meses ha sido un 14.7%. La frecuencia de accidentes domiciliarias fue de 4.5% para los cortes, 2.7% por accidentes por fuego, 1.2% sufrieron intoxicaciones por medicamentos y 1.1% sufrieron intoxicación por alimentos y por ultimo 0.7% sufrieron intoxicación por gas y un 0.2 por acciones de electricidad".

Los factores intrínsecos en el riesgo de accidente en el adulto mayor que realiza actividades de rutina, pacientes del Centro de Salud "Santa Rosa" de Puente Piedra-Lima. Es Alto en un 64%(16), Medio en un 24%(6) y Bajo en un 12%(3). Coincidiendo con González C. Gisela, Marín L. Pedro Paulo y Pereida Gloria, (2001) Concluyeron entre otros: "Las caídas entre los ancianos se producen principalmente fuera de casa, en sujetos mayores de 75 años de edad, con dependencia funcional y con una participación importante de los factores intrínsecos. La actividad física, así como el control de los riesgos ambientales, podrían ser factores de protección contra caídas de repetición". Coincidiendo además con Crisóstomo Ávila Pamela, (2003) Concluyo entre otros: "Adultos de 75 y más años, de sexo femenina, con escasa escolaridad, dueñas de casa, con sobrepeso, patologías crónicas degenerativas, sin alteraciones previas en la marcha, con independencia total en actividades cotidianas y que viven en un ambiente de riesgo; conforman el perfil del sujeto vulnerable a fracturas en el domicilio. Las fractura más frecuente es de la calle, del tipo cerrada no patológica y cuyo único mecanismo de producción es una caída".

Los factores extrínsecos en el riesgo de accidente en el adulto mayor que realiza actividades de rutina, pacientes del Centro de Salud "Santa Rosa" de Puente Piedra-Lima. Es Alto en un 56%(14), Medio en un 27%(7) y Bajo en un

17%(4). Coincidiendo con Sandoval Luis, Capuñay José y Varela Luis (1996) Concluyeron entre otros: “La frecuencia de caídas fue el 33% y ocurrieron en mayor frecuencia en el grupo de 80-89 años de edad. Los caídas ocurrieron en exteriores (55%), y Factores extrínsecos (65%)”. Coincidiendo además con Yábar Cecilia, Ramos Willy, Rodríguez Luis y Díaz Víctor (2007) Concluyeron entre otros: “Existe una alta prevalencia de fragilidad en adultos mayores de 75 años del hospital estudiado. Los factores asociados a fragilidad fueron la agudezavisual y auditiva disminuidas mientras que unabuena o aceptable situación socio familiar constituyo factor protector”.



## CONCLUSIONES

Los riesgos de accidentes en el adulto mayor que realiza actividades de rutina, pacientes del Centro de Salud "Santa Rosa" de Puente Piedra-Lima. Es Alto en un 60%(15), Medio en un 24%(6) y Bajo en un 16%(4). El valor obtenido del Chi Cuadrado Calculado ( $X_C^2$ ) es de 9,31; con un nivel de significancia de  $p < 0,05$ .

Los factores intrínsecos en el riesgo de accidente en el adulto mayor que realiza actividades de rutina, pacientes del Centro de Salud "Santa Rosa" de Puente Piedra-Lima. Es Alto en un 64%(16), Medio en un 24%(6) y Bajo en un 12%(3).

Los factores extrínsecos en el riesgo de accidente en el adulto mayor que realiza actividades de rutina, pacientes del Centro de Salud "Santa Rosa" de Puente Piedra-Lima. Es Alto en un 56%(14), Medio en un 27%(7) y Bajo en un 17%(4).

## **RECOMENDACIONES**

Promover que el profesional de enfermería que labora en el primer nivel de atención, diseñe espacios en los que se fortalezca la promoción de la salud y prevención de enfermedades, poniendo énfasis en los programas de educación para la salud dirigidas a la etapa de vida adulto mayor y familia, orientado a prevenir riesgos de accidentes y así mejorar su calidad de vida.

Realizar estudios de investigación en el área gerontológica a nivel multidisciplinario sobre los factores de riesgo de accidentes en el adulto mayor.

Realizar estudios de investigación con enfoque cualitativo a fin de comprender la problemática del adulto mayor desde otra visión del investigador en cuanto a los factores intrínsecos y extrínsecos de riesgo de los accidentes, en la mejora de su calidad y estilos de vida del adulto mayor.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) MINDES. Plan nacional para las personas adultas mayores 2006-2010. Dirección de personas adultas mayores. Lima-Perú 20
- (2) MINDES. Plan nacional para las personas adultas mayores 2006-2010. Dirección de personas adultas mayores. Lima-Perú 20
- (3) ML montes-Castillo, MLI Pérez Benítez, AS Díaz- Barriga. El balance y las caídas en la tercera edad: consecuencias, evaluación y tratamientos. Disponible en:  
<http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-fisica/e-mf2000/e-mf00-1/em-mf001c.htm>
- (4) Beatriz González, Verónica López, Zoila Trujillo, et. Guía de práctica clínica para la prevención de caídas en el adulto mayor.(Rev.Med inst Mex seguro Soc 2005). Disponible en :  
<http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-fisica/e-mf2001/e-mf01-3/em-mf013b.htm>
- (5) MINDES. Plan nacional para las personas adultas mayores 2006-2010. Dirección de personas adultas mayores. Lima-Perú 2006
- (6) MINDES. Plan nacional para las personas adultas mayores 2006-2010. Dirección de personas adultas mayores. Lima-Perú 2006
- (7) MINDES. Plan nacional para las personas adultas mayores 2006-2010. Dirección de personas adultas mayores. Lima-Perú 2006
- (8) MINDES. Plan nacional para las personas adultas mayores 2006-2010. Dirección de personas adultas mayores. Lima-Perú 2006
- (9) Jorge López, Carlos Cano, José Fernando Gómez. Fundamentos de medicina geriatría. Medellín, Colombia .corporación para investigaciones biológicas. 2006
- (10) MINDES. Plan nacional para las personas adultas mayores 2006-2010. Dirección de personas adultas mayores. Lima-Perú 2006

- (11) INEI. "Perfil Socio demográfico de la tercera Edad .Dirección técnica de Demografía y Estudios Sociales". Lima 1995
- (12) Ángela Simón Staab, Linda Compton Hodges, RN. Enfermería gerontológica adaptación al proceso de envejecimiento. México. Mc Graw-Hill interamericana editores, S:A.1998
- (13) Ángela Simón Staab, Linda Compton Hodges, RN. Enfermería gerontológica adaptación al proceso de envejecimiento. México. Mc Graw-Hill interamericana editores, S:A.1998
- (14) Ángela Simón Staab, Linda Compton Hodges, RN. Enfermería gerontológica adaptación al proceso de envejecimiento. México. Mc Graw-Hill interamericana editores, S:A.1998
- (15) INEI. "Perfil Socio demográfico de la tercera Edad .Dirección técnica de Demografía y Estudios Sociales". Lima 1995
- (16) Mildred O. Hogstel. Enfermería geriátrica cuidados de enfermaría. editorial Paraninfo. 1998.
- (17) Mildred O. Hogstel. Enfermería geriátrica cuidados de enfermaría. editorial Paraninfo. 1998.
- (18) Mildred O. Hogstel. Enfermería geriátrica cuidados de enfermaría. editorial Paraninfo. 1998.
- (19) Mildred O. Hogstel. Enfermería geriátrica cuidados de enfermaría. editorial Paraninfo. 1998.
- (20) INEI. "Perfil Socio demográfico de la tercera Edad .Dirección técnica de Demografía y Estudios Sociales". Lima 1995
- (21) Mildred O. Hogstel. Enfermería geriátrica cuidados de enfermaría. editorial Paraninfo. 1998.
- (22) INEI. "Perfil Socio demográfico de la tercera Edad .Dirección técnica de Demografía y Estudios Sociales". Lima 1995
- (23) INEI. "Perfil Socio demográfico de la tercera Edad .Dirección técnica de Demografía y Estudios Sociales". Lima 1995

- (24) OPS. Evaluación funcional del adulto mayor. Disponible en:  
<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo3.pdf>
- (25) María Trigas Ferrin. indice de katz actividades básicas de la vida diaria.  
Disponible en:  
[http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dhg/INDICE\\_KATZ.pdf](http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dhg/INDICE_KATZ.pdf)
- (26) Ruiperez Cantera, J. J. Baztan Cortes. Jiménez Rojas y D. Sepúlveda Moya. El paciente anciano 50 casos clínicos comentada. España. Mc Graw-Hill interamericana. 1998
- (27) María Sofía Cuba Fuentes. Prevención de caídas en el adulto mayor. RAMPA 2006. Disponible en  
<http://www.idefiperu.org/profesionales/rampa/nroactual/N8A-PG35-Actualiz%20Caidas2.pdf>
- (28) Martha Vera. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia.  
Disponible:  
<http://www.idefiperu.org/profesionales/rampa/nroactual/N8A-PG35-Actualiz%20Caidas2.pdf>

# **ANEXOS**

### Matriz de consistencia

TITULO: RIESGO DE ACCIDENTES EN EL ADULTO MAYOR QUE REALIZA ACTIVIDADES DE RUTINA, PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD “SANTA ROSA” DE PUENTE PIEDRA – LIMA 2011

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
<p><b>P. General</b></p> <p>¿Cuál es el riesgo de accidentes en el adulto mayor que realiza actividades de rutina, pacientes del Centro de Salud “Santa Rosa” de Puente Piedra – lima - Perú 2011?</p>	<p><b>O. General</b></p> <p>Determinar los riesgos de accidentes en el adulto mayor que realiza actividades de rutina, pacientes del Centro de Salud “Santa Rosa” de Puente Piedra – lima - Perú 2011</p> <p><b>O. Específicos</b></p> <p>Determinar los factores</p>	<p><b>H. general</b></p> <p>El riesgo de accidentes en el adulto mayor que realiza actividades de rutina, pacientes del centro de salud de puente piedra es alto.</p> <p><b>H. Específicos</b></p> <p>Determinar los factores intrínsecos y extrínsecos en el</p>	<p>Riesgo de accidentes en el adulto mayor que realiza actividades de rutina, pacientes del centro de salud de puente piedra.</p>	<p>Factores Intrínsecos</p>	<p>Grado de independencia para realizar las actividades de la vida diaria (ABVD) según el índice de katz.</p> <p>Grado de independencia para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria(AIVD) según la escala de lawton brody</p>

	<p>intrínsecos en el riesgo de accidentes en el adulto mayor que realiza actividades de rutina, pacientes del Centro de Salud "Santa Rosa" de Puente Piedra, Lima – Perú 2011</p> <p>Determinar los factores extrínsecos en el riesgo de accidentes en el adulto mayor que realiza actividades de rutina, pacientes del Centro de Salud "Santa Rosa" de Puente Piedra,</p>	<p>adulto mayor que realiza actividades de rutina, pacientes del centro de salud de puente piedra es medio.</p> <p>Determinar el Grado de independencia para realizar las actividades de la vida diaria (ABVD) según el índice de katz en el adulto mayor que realiza actividades de rutina, pacientes del centro de salud de puente piedra es medio.</p>		<p>Factores extrínsecos</p>	<p><b>Condición familiar</b></p> <p>) Vive solo.  ) vive acompañado</p> <p><b>Factores ambientales</b></p> <p>) Dormitorio  Falta de lámpara  Interruptor cerca de la cama.  Camas altas y estrechas.  ) baño  Piso deslizante  ) cocina  Defectuosa</p>
--	--	---	--	-----------------------------	--



	Lima – Perú 2011	Determinar el Grado de independencia para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) según la escala de Lawton Brady en el adulto mayor que realiza actividades de rutina, pacientes del centro de salud de puente piedra es medio.			<p>Altura inadecuada  ) suelo  Desnivelado/irregular  ) constructivos  Filtraciones  Iluminación deficiente  Fuentes eléctricos mal protegido  ) calzado  Suela resbaladiza.  Desajustados</p>
--	------------------	---	--	--	--

## VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA - ÍNDICE DE KATZ

Nombre:

Edad:

Centro de salud:

Fecha:

<b>1. Baño</b>	<b>Independiente:</b> se baña enteramente solo o necesita ayuda solo para lavar una zona (como espalda o una extremidad con minusvalía)	
	<b>Dependiente:</b> necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo.	
<b>2. Vestido</b>	<b>Independiente:</b> coge la ropa de cajones y armarios, se pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos.	
	<b>Dependiente:</b> no se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido.	
<b>3. Uso de wc</b>	<b>Independiente:</b> va al W.C solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretores.	
	<b>Dependiente:</b> precisa ayuda para ir al W.C	
<b>4. Movilidad</b>	<b>Independiente:</b> se levanta y se acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo.	
	<b>Dependiente:</b> necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos.	
<b>5. Continencia</b>	<b>Independiente:</b> control completo de micción y defecación.	

	<b>Dependiente:</b> incontinencia parcial o total de la micción o defecación.	
<b>6. Alimentación</b>	<b>Independiente:</b> lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne.	
	<b>Dependiente:</b> necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral.	
<b>Puntuación total</b>		

**ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA – ESCALA  
LAWTON Y BRODY**

Nombre:

Edad:

Centro de salud:

Fecha:

	puntos
<b>Capacidad de usar el teléfono</b>	<b>asignar</b>
Utiliza el teléfono por iniciativa propia, busca y marcar los números, etc.	1
Es capaz de marcar bien algunos números conocidos	1
Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar	1
No utiliza el teléfono en absoluto	0
<b>Ir de compras</b>	<b>asignar</b>
Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
<b>Preparación de la comida</b>	<b>asignar</b>
Organiza, prepara y sirve las comidas por si mismo/a adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingrediente	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y le sirvan las comidas	0
<b>Cuidado de la casa</b>	<b>asignar</b>
Mantiene la casa solo/a o con ayuda ocasional ( para trabajos pesados)	1
Realiza tareas domésticas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
Realiza tareas domésticas ligeras , pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	0
No participa en ninguna labor de la casa	0
<b>Lavado de la ropa</b>	<b>asignar</b>
Lava por sí mismo/a toda su ropa	1
Lava por sí mismo/a pequeñas prendas (aclamar medias, etc.)	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
<b>Uso de medios de transporte</b>	<b>asignar</b>
Viaja solo/a en transporte público o conduce su propio coche	1

Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
Utiliza el taxi o el automóvil solo con ayuda de otros	0
No viaja en absoluto	0
<b>Responsabilidad respecto a su medicación</b>	<b>Asignar</b>
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctos	1
Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	0
No es capaz de administrarse su medicación	0
<b>Manejo de asuntos económicos</b>	<b>asignar</b>
Maneja los asuntos financieros con independencia (presupuesta, rellena cheques, paga recibos y facturas va al banco).	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras	1
Incapaz de manejar dinero	0
<b>Puntuación total</b>	

## DATOS GENERALES

Nombre:

Edad:

Sexo:

Estado civil:

Grado de instrucción:

Ocupación actual:

Preguntas	Respuestas	
	si	no
<b>Condición familiar</b>		
¿Usted vive solo en su casa?		
¿usted se encarga del cuidado de otras personas ( nietos)		
<b>Factores ambientales</b>		
¿Usted ha sufrido algún tipo de accidentes?		
¿Qué tipo de accidentes? ) Caída ) Quemaduras ) Intoxicación ) De transito		
¿Dónde ocurrió el accidente? ) Dentro de la casa ) Fuera de la casa		
Hay materia inflamable en su casa(cartón, plásticos)		
El suelo de su casa es irregular		
El suelo de su casa tiene alfombra		
Utiliza cera para el piso de su casa		
¿Usted utiliza las escaleras para movilizarse?		
Las escaleras de su casa tienen agarraderas		
Su casa cuenta con buena iluminación		
En su habitación el interruptor está a su alcance para apagar y encender la		

luz		
Su habitación está cerca de baño para miccionar		
Su baño tiene agarradores al costado del wáter		
Tiene agarradores su ducho o bañera		
Cuenta con terma eléctrica, para calentar el agua antes de bañarse		
Cocina usted con frecuencia		
Los utensilios( ollas, sartén, tetera) están en buen estado		
Usted plancha con frecuencia		
Utiliza productos químicos para limpiar (lejía, ácido muriático, etc.)		
Utiliza guantes para lavar o limpiar		
¿Usted manipula conexiones eléctricas?		
Usted utiliza accesorios para realizar las actividades diarias(anteojos, bastón, muletas)		
¿usted utiliza zapatos con suela antideslizante		