



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**“CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN LA PREVENCIÓN DE
CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO
DE SALUD JOSE QUIÑONES GONZALES – CHICLAYO 2019”**

Tesis para optar el Título Profesional de:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

AUTORA:

MARTHA CECILIA GUTIERREZ CAPUÑAY
Bachiller en Enfermería

ASESORA

DRA. MARIA E. SAMILLAN GONZALES DE CARRASCAL
Docente de la Universidad Particular de Chiclayo

Chiclayo - Perú
2020



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
COMISION DE GRADOS Y TITULOS



ACTA DE SUSTENTACIÓN PARA TITULO PROFESIONAL

En Chiclayo, a los veinticinco días del mes de Julio del año dos mil veinte, ante el Jurado constituido por:

Presidente : **MG. ROSALIA DEL PILAR HUIMAN MARCHENA**
Secretaria : **MG. LUCILA ESMILDA VELEZ CORDOVA**
Vocal : **MG. YANET MARISOL BENAVIDES FERNÁNDEZ**

La Graduada : **GUTIERREZ CAPUÑAY MARTHA CECILIA**

El título de la Tesis a sustentar es: **"CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN LA PREVENCIÓN DE CAIDAS EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD JOSE QUIÑONES GONZALES – CHICLAYO 2019"**

Para optar el Título de Licenciada en **ENFERMERIA**, obteniendo el siguiente calificativo: Aprobado por **UNANIMIDAD**.

MG. ROSALIA DEL PILAR HUIMAN MARCHENA
Presidente

MG. LUCILA ESMILDA VELEZ CORDOVA
Secretaria

MG. YANET MARISOL BENAVIDES FERNÁNDEZ
Vocal

DEDICATORIA

Dedico esta investigación, en memoria de mi amada madre; y a la vez al esfuerzo y sacrificio continuo de mi querido padre, y sin más preámbulo a mis hermanos que son piezas importantes en mi vida.

AGRADECIMIENTO

Agradecerle a Dios, por haberme iluminado y guiado todo este tiempo de mi vida, por ser el apoyo y fortaleza que necesité en momentos de dificultad y debilidad. Sobre todo, por bendecirme con esta vocación de ser enfermera.

Agradecerle a mi familia, en especial a mi querido padre, que sin su motivación y apoyo incondicional no hubiera llegado a cumplir una de mis metas. Gracias por confiar y creer en mí.

Agradecerle de manera especial a mi asesora Dra. María Samillán, quien fue una pieza fundamental en la elaboración de esta investigación, y a la vez a las personas involucradas en todo este proceso de titulación. Sin nada más que redactar gracias infinitas.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	
AGRADECIMIENTO.....	
ÍNDICE.....	
RESUMEN.....	
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. MARCO TEÓRICO	
1.1.1. Situación Problemática	3
1.1.2. Antecedentes Bibliográficos	6
1.1.3. Base Teórica.....	9
1.2. PROBLEMA	26
1.3. HIPÓTESIS	26
1.4. OBJETIVOS	26
1.5. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL ESTUDIO.....	27
1.6. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES ...	28
II. MATERIAL Y MÉTODOS	
2.1. Tipo de Investigación... ..	32
2.2. Diseño de Investigación/Contrastación de hipótesis	32
2.3. Población y muestra	32
2.4. Instrumentos y técnicas de recolección de datos	34
2.5. Análisis estadístico.....	35
III. RESULTADOS	37
IV. CUADROS Y GRÁFICAS	39
V. DISCUSIÓN	44
VI. CONCLUSIONES.....	49
VII. RECOMENDACIONES.....	50
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
IX. ANEXOS	55

RESUMEN

El actual estudio de investigación titulado “Capacidad de autocuidado en la prevención de caídas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud José Quiñones Gonzáles – Chiclayo 2019”; posee como Objetivo: Determinar la capacidad de autocuidado en la prevención de caídas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud José Quiñones Gonzáles – Chiclayo 2019; el Material y Métodos utilizados son: estudio cuantitativo, de tipo aplicativo, de diseño no experimental y de tipo de diseño transversal descriptivo; para la recopilación de información ha sido necesario aplicar un cuestionario de escala tipo Likert, con tres alternativas: Si, A veces y No, este cuestionario fue aplicado a 112 adultos mayores autosuficientes que acuden al Centro de Salud José Quiñones Gonzáles, dicho cuestionario reporta una confiabilidad >0.70 y validez por juicio de expertos $V = 0.875$. Logrando así los siguientes Resultados: el 78.6% de los adultos mayores encuestados tiene una capacidad de autocuidado inadecuado en la prevención de caídas, un 17.0% con una capacidad de autocuidado parcialmente adecuado y un 4.4% con una capacidad de autocuidado adecuado. Conclusiones: los adultos mayores que acuden al Centro de Salud José Quiñones Gonzáles presentan una capacidad de autocuidado en la prevención de caídas inadecuado, evidenciando así el peligro encarecido para padecer caídas y presentar secuelas a nivel físico, psicológico y social; perturbando la salud, la autonomía e independencia del adulto mayor.

Palabras Claves: Capacidad de autocuidado, prevención de caídas, adulto mayor.

ABSTRACT

The current research study entitled "Self-care capacity in the prevention of falls in older adults who attend the José Quiñones Gonzáles Health Center - Chiclayo 2019"; Its Objective is: To determine the capacity for self-care in the prevention of falls in older adults who attend the José Quiñones Gonzáles Health Center - Chiclayo 2019; The Material and Methods used are: quantitative study, of an applicative type, of non-experimental design and of a descriptive cross-sectional design; For the collection of information, it was necessary to apply a Likert-type scale questionnaire, with three alternatives: Yes, Sometimes and No, this questionnaire was applied to 112 self-sufficient older adults who attend the José Quiñones Gonzáles Health Center, said questionnaire reports a reliability > 0.70 and validity by expert judgment $V = 0.875$. Thus, achieving the following results: 78.6% of the surveyed older adults have inadequate self-care capacity in the prevention of falls, 17.0% have partially adequate self-care capacity, and 4.4% have adequate self-care capacity. Conclusions: older adults who attend the José Quiñones Gonzáles Health Center have inadequate self-care capacity in the prevention of falls, thus evidencing the increased danger of falling and presenting sequelae at a physical, psychological and social level; disturbing the health, autonomy and independence of the elderly.

Keywords: Self-care capacity, fall prevention, elderly

I. INTRODUCCIÓN

La capacidad de autocuidado en la prevención de caídas en adultos mayores es un tema amplio, el solo hecho de prevenir caídas es un buen indicador de salud y calidad, que obtiene el individuo cuando realiza apropiadamente un adecuado autocuidado.

Se tiene la seguridad que un adecuado autocuidado ayuda a reducir las enfermedades que podrían presentarse durante el envejecimiento; si no se realizará cierta reducción, implicaría un elevado costo al sistema sanitario, familia y comunidad, por lo que es de gran importancia promover medidas de prevención.

Para Dorothea Orem, en su teoría sobre el déficit de autocuidado, manifiesta que “el autocuidado no es otra cosa que el cuidado de uno mismo; son aquellas acciones que el ser humano realiza por su propia cuenta, con el fin de mantener una buena salud” (1).

Para el que hacer gerontológico, las caídas en las personas mayores es un asunto complejo que involucra un abordaje interdisciplinar desde los diferentes niveles de atención. La caída puede ocasionar múltiples consecuencias, en donde el individuo pierde su funcionalidad y autonomía provocando la dependencia e inmovilidad en la mayoría de los sucesos. (2)

Hay una elevación de la población adulta mayor que es incuestionable; tanto a nivel mundial, nacional y local, y cada día que pasa se está elevando progresivamente.

El adulto mayor es un ser humano que con el tiempo manifiesta una serie de riesgos para varias afecciones y alteraciones orgánicas, que son propios del envejecimiento. Dentro de éstas; las más destacadas son las caídas, puesto que, la vulnerabilidad puede ocasionar enormes consecuencias sobre la salud del adulto mayor, sobre todo fracturas, estas derivan en limitación funcional, dependencia e inmovilidad. (3)

En nuestro país, el conjunto de individuos mayores de 65 años; aumentará en los próximos diez años. Por lo menos 1.5 millones de adultos mayores en el 2010, pasará prácticamente a 6.5 millones en 2050; la mayoría serán mujeres. (4)

Sin duda alguna los adultos mayores, deben proporcionarse a ellos mismos un adecuado autocuidado, para prevenir caídas; si bien el autocuidado es fundamental en esta etapa

ya que engloba actividades que realiza uno mismo para mantener o mejorar su salud y prevenir enfermedades; en la mayoría de las veces las caídas no son tan graves, pero pueden causar ciertas enfermedades; es por tal motivo que consideramos fundamental el autocuidado, porque en realidad es la manera más fácil para prevenir caídas. (5)

No olvidemos que la enfermera posee un rol relevante en el centro de salud; además es la responsable de un adecuado autocuidado, ya que contribuye a que la población adulta mayor adquiera ciertas conductas que fomenten un envejecimiento activo y saludable.

Por lo tanto, en la ciudad de Chiclayo se encuentra el Centro de Salud “José Quiñones Gonzáles”, de nivel I-I, atendiendo las 12 horas, al asistir a las prácticas pre profesionales debido a la formación profesional de enfermería (internado comunitario), donde se tuvo la oportunidad de observar y dialogar con adultos mayores; que presentaban heridas, hematomas, contusiones, fracturas, inmovilidad; en dicho dialogo se percató que la mayor parte de adultos mayores sufrió caídas en sus hogares, y en lugares públicos. Además, se presentaron casos en el servicio de tópico, como curación de heridas, realización de suturas, curación de úlceras, todas estas debido a las consecuencias de las caídas. Con todo lo expresado anteriormente, surge la siguiente incógnita ¿Cuál es la capacidad de autocuidado en la prevención de caídas en adultos mayores que acuden al centro de salud José Quiñones Gonzáles - Chiclayo 2019?

La hipótesis que guío la investigación fue que la capacidad de autocuidado en la prevención de caídas, es inadecuado en adultos mayores que acuden al Centro de Salud José Quiñones Gonzáles–Chiclayo 2019. El propósito principal del estudio fue determinar la capacidad de autocuidado en la prevención de caídas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud José Quiñones Gonzáles–Chiclayo 2019.

Los contenidos capitulares de la investigación son Capítulo I.- Introducción: se formuló la interrogante del problema, hipótesis y objetivos. Capítulo II.- Marco teórico: se efectúan algunas precisiones teórico conceptuales y antecedentes del estudio. Capítulo III.- Material y Métodos: corresponde a la metodología empleada en la investigación. Capítulo IV.- Resultados: se detallan los hallazgos encontrados durante la investigación. Capítulo V.- Discusión: que comprende el análisis y la explicación de los resultados contrastándolos con estudios antepuestos al presente. Capítulo VI. Conclusiones y Capítulo VII.- Recomendaciones. Finalmente, las Referencias Bibliográficas y Anexos.

1.1. MARCO TEÓRICO

1.1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Los adultos mayores son considerados uno de los géneros más frágiles, con un riesgo muy elevado de presentar caídas; por lo que requieren permanente vigilancia para evitar consecuencias propias de las caídas y promover la prevención de estas. Una vez que se incrementa la cifra de adultos mayores, el número de caídas aumentan, y se presentan de igual manera en todas las naciones.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las caídas son complicaciones de salud pública y el segundo motivo de fallecimiento por daños accidentales o no intencionados a nivel mundial; alrededor de 646,000 personas en el mundo mueren debido a las caídas, son los individuos mayores de 65 años quienes padecen más caídas letales; al año se originan 37,3 millones de caídas. La población está envejeciendo mucho más rápido que en el pasado, advierte que entre el 2015 y 2050; del 12% de los habitantes adultos mayores, pasará casi duplicándose al 22%. (6) (7)

Según estudios realizados en los países en desarrollo; la caída es la primordial razón por defunción, por lesiones accidentales en la gente adulta mayor y la prevalencia de caídas es de 34.5%; asimismo estudios en países desarrollados afirman que al año el 30% de individuos de 65 años a más caen una vez o más veces dentro de su casa, los mayores de 80 años el porcentaje se incrementa hasta el 50%. (8)

Alrededor, del 28 al 35% de las personas mayores de 65 años, caen cada año aumentando del 32 a 42% para las personas de 70 y más años. La reiteración de las caídas se incrementa con los años y según el grado de vulnerabilidad. Adultos mayores que habitan en hogares de reposo caen más veces que los que habitan en una población. Aproximadamente el 30-50% de las personas que viven en instituciones de cuidado a largo plazo caen cada año, y el 40% de ellos experimentaron recurrencias caídas. (9)

Se espera que 1 de cada 3 adultos mayores que habita en la población; presenta anualmente una o más caídas. Según la pesquisa SABE Chile de OPS (2001), da a conocer la totalidad anual de caídas en un 35,3% en adultos mayores que habitan en la

sociedad. Censos en diferentes naciones indican que cerca de 1/3 de adultos mayores de 65 y más años que habitan en sus viviendas, presentan anualmente una o varias caídas y que, de esas; alrededor, de cada cuarenta personas adultas mayores solo una persona será llevada al nosocomio. Señalan que la incidencia anual de caídas aumenta con los años: los adultos mayores jóvenes de 65 a 70 años la proporción es del 25% y llega al 35 a 45% en años más adelantados como los de 80 a 85 años. (10)

De acuerdo con el Fondo de Población de las Naciones Unidas del Perú (UNFPA), el Perú está envejeciendo; existe un aumento en la longevidad de las personas, actualmente existen 3 345 552 individuos adultos mayores, lo que viene hacer igual al 10,4% de los habitantes presentes en el Perú, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI); se estima que el número de adultos mayores habitantes en el Perú, sobrepase a 3 000 000 en el año 2015; para el 2020 se estima que la cifra de la población de personas adultas mayores exceda a 3 593 054 y en el 2050 aumente a 8.7 millones de personas peruanas que tienen más de 60 años, esta estadística ha sido estimada según las proyecciones demográficas. (11)

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en los meses de julio, agosto y setiembre del año 2019, el 42,5% de las viviendas del país; existen al menos un adulto mayor dentro de sus integrantes. Según la zona del domicilio, en Lima Metropolitana la magnitud de viviendas con algún integrante adulto/a mayor alcanza el 47,7%, en las viviendas del área rural el 42,1% y en el resto urbano, el 39,0% de las viviendas, tienen una persona adulta mayor. Asimismo, el 56,2% de adultos mayores de la nación han sufrido algún signo o malestar y el 45,7%, una afección o incidente (caídas). Confrontando los mismos meses mencionados, con los del año pasado, se observa un incremento de 5,9% en Signo/Malestar y 3,8% en la categoría Afección/ Incidente. (12)

Asimismo, el Ministerio de Salud (MINSA), cuenta actualmente con: 1,840 Clubes / Centros del Adulto Mayor, favoreciendo a 43,885 adultos mayores. Realizan estrategias de participación en instituciones sanitarias dentro de ellas, actividades preventivas - promocionales de la salud; además ejecutan acciones de condición social, cultural, pedagógico, recreativo y productivo. De tal manera, ESSALUD ha impulsado 124 círculos del adulto mayor en el cual se efectúan ciertas acciones para promover la salud,

donde suscitan al envejecimiento activo y saludable, a través de acciones para un adecuado autocuidado de la salud, dentro de estas, talleres de mantenimiento de funciones cognitivas, actividades físicas y de entretenimiento. (13)

Además, existe el programa Tayta Wasy, que ofrece servicios de salud y servicio social ambulatorio en la atención primaria, con el fin de solucionar las primordiales dificultades de la salud, que podrían presentar los adultos mayores; que en definitiva es una población vulnerable según el marco político de inclusión social en el Perú. Se llevan a cabo actividades que hacen énfasis a la prevención de caídas, porque es fundamental evitar caídas en las personas adultos mayores; con el afán de evadir complicaciones que podrían conllevar a que pierdan su independencia o autonomía, así se podrá precaver traumas, heridas, luxación, rupturas o incluso el deceso y a la vez previene peligrosas secuelas en la salud del individuo, como discapacidad, dependencia o depresión. (14)

En cuanto, Silva (2014) aportó importante información, en la cual redacta que la coyuntura actual es alarmante; debido a que, de 10 personas adultas mayores el 8 han presentado caídas en sus hogares, y es en el año 2009 donde galenos especialistas del hospital dos de mayo alertan sobre el hecho, incluso afirman que el número no ha cambiado. (15)

Un estudio realizado por la fundación MAPFRE, dio a conocer que en el año 2011 el 29% de las personas mayores de 65 años se han caído, el 56,7% cayeron fuera de sus casas, y el 43,3 % dentro de estas, básicamente en el patio, comedor, cocina, baño y habitación; y las razones más comunes de dichas caídas eran los vértigos y los tropiezos; en la cual el 22,7% de los sucesos se ocasionaron fracturas y el 48,5% presentaron lesiones y golpes; en relación a las repeticiones de caídas, el 60% solo ha caído por única vez, el 16,3% dos ocasiones, el 13,8% tres ocasiones, el 9,9% cuatro o más ocasiones a lo largo del año pasado; asimismo se determinó como “segmentos más vulnerables a las caídas”, a las mujeres (34%), a las personas de igual o mayor de 80 años (35,5%), los que no tienen pareja (34%) y quienes viven solos (37%); asimismo se encontró que quienes necesitan ayuda para realizar actividades de la vida cotidiana (42,6%) presentan mayor prevalencia de caer. Se halló en los domicilios de los adultos mayores; que los baños (59%) no cuentan con manijas o barandas, también señalaron

que, de 10 adultos mayores, 4 de ellos tienen muebles u objetos que impiden la adecuada circulación en el domicilio. (16)

Por otra parte, en los departamentos de Áncash (36,9%) y Lambayeque (36,8%) se encuentran los mayores porcentajes de hogares con presencia de algún adulto mayor, seguido por la Provincia de Lima (36,6%), Ayacucho (35,4%), Cajamarca (34,9%), La Libertad (34,3%), Provincia Constitucional del Callao (34,1%) y Huancavelica (34,0%). En el otro extremo, con menores porcentajes se encuentran Madre de Dios (14,2%), Pasco (24,0%), Ucayali (25,6%) y San Martín (25,7%). (17)

Asimismo, la Gerencia Regional de Salud (GERESA) indica que en la región de “Lambayeque al 2019, el 11,9% representa a 155,128 adultos mayores quienes presentan consecuencias de las caídas en la vida personal, comunitaria y nacional en todas las dimensiones tales como: sociales, éticas, económicas, políticas, culturales, psicológicas, espirituales y de salud” (18).

1.1.2. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

Fierro P, LM y Jiménez C, JM. Ecuador; en su trabajo de investigación titulado: “Autocuidado y su relación con la prevención de caídas en el adulto mayor de la fundación acción y vida del Cantón Caluma - Bolívar en el primer semestre 2018”, cuya Metodología del estudio fue de tipo descriptivo con un método deductivo las técnicas empleadas fueron la encuesta y cuestionario como instrumento. La muestra estaba constituida por 60 adultos mayores obteniendo como Resultados: el 100% de los adultos mayores realizaron actividad física por un lapso de tiempo diario de 30 minutos; dentro de los factores intrínsecos el 67,0% de los adultos mayores consideraron que la edad es la mayor causa de riesgo de caídas, el 25,0% indicaron que eran las alteraciones al caminar y el 8,0% que eran las alteraciones físicas; dentro de los factores extrínsecos el 33,0% indicaron que la mala iluminación es la mayor causa de riesgo de caídas, el 25,0% indicaron las escaleras inseguras, el 17,0% indicaron que eran por los pisos inadecuados, el 17,0% indicaron que eran por los baños inadecuados y los pisos desnivelados, y el 8,0% restante por unas aceras en mal estado. (19)

Pérez R, AU.; Domínguez S, G. y González B, E. México; 2014; en su trabajo de investigación titulado: “Factores de riesgo extrínsecos para caídas en un hogar para adultos mayores de Tabasco”, Resultados: se evaluaron 12/12 áreas de atención y deambulacion de adultos mayores. Se reconocieron 144 factores de riesgo extrínsecos: arquitectónicos 24%, de mobiliario 16%, de equipo 22% y de proceso 38%. Las zonas con grandes cifras de factores de riesgo identificados fueron: zona común 10%, habitaciones (módulo 2) 10%, habitaciones (módulo 4) 9%, y pabellón de mujeres 9%. Las causas o factores de riesgo más habituales de caídas en las zonas del centro asistencial han sido: ausencia de sistema de llamado 100%, falta de normas de seguridad 100%, no delimitación de áreas de piso mojado 100%, y carencia de mantenimiento de mobiliario y equipo 100%. Conclusiones: los factores de riesgo identificados fueron diferentes a los reportados en estudios similares. Se requiere implementar un protocolo de caídas en la institución. (20)

Hermosa S, RK.; Lima Perú; en su trabajo de investigación titulado: “Autocuidado en el adulto mayor en prevención de caídas centro de atención Primaria III Agustino Noviembre 2017”; con el objetivo de determinar el autocuidado en el adulto mayor en prevención de caídas centro de atención primaria III el Agustino. Metodología: El trabajo de investigación es de tipo cuantitativo, de tipo descriptivo, de corte transversal, la población estaba conformada por Adultos Mayores que asisten al Centro de Atención Primaria III. La muestra estaba constituida por 50 personas a quienes se les aplicó un Cuestionario. Resultados: Con respecto al Autocuidado en el Adulto Mayor en prevención de caídas el 60% (30) es adecuada y el 40% (20) es inadecuada. Según dimensiones el factor Intrínseco el 56% (28) son adecuadas y el 44% inadecuadas, mientras que en la dimensión de factores Extrínsecas el 58% (29) resultan adecuadas y el 42% inadecuadas. Conclusión: El autocuidado del Adulto Mayor en prevención de caídas en el centro de atención primaria III es adecuado. (21)

Contreras S, PF.; Perú; 2017 en su trabajo de investigación titulado: “Capacidad de autocuidado en la prevención de caídas de los usuarios del programa etapa de vida adulto mayor de un Centro de Salud de Huánuco”; cuyo propósito fue determinar la capacidad de autocuidado en la prevención de caídas que tienen los usuarios del Programa Etapa de Vida Adulto Mayor de un centro de salud de Huánuco. La muestra estuvo integrada por 46 adultos mayores. Estudio tipo descriptivo. Resultados: en la

capacidad de autocuidado de los factores extrínsecos y en la dimensión de domicilio: el 91,3% parcialmente adecuado seguido por un 8,7% adecuado y en la dimensión de comunidad con un 91,3% parcialmente inadecuado seguido por un 8,7% inadecuado; en cuanto a la capacidad de autocuidado de los factores intrínsecos en las dimensiones cambios producidos por el envejecimiento y consumo de medicamentos el 91.3% adecuado seguido por un 8.7% inadecuado, y por último en la dimensión de enfermedades el 71.7% parcialmente adecuado y el 28.3% inadecuado. (22)

Cjuro H, A. y Mamani M, PS.; en su trabajo de investigación titulado: “Capacidad de autocuidado y riesgo de caídas en adultos mayores. Micro-Red Ciudad Blanca Paucarpata. Arequipa – 2016”; cuyo objetivo fue establecer la relación entre la capacidad de autocuidado y riesgo de caídas en adultos mayores. Micro-Red Ciudad Blanca., se encontró que la mayoría de adultos mayores son del sexo femenino 67.8%, en relación a la edad oscilan entre (70 a 79 años) el 49.4%, con respecto al estado civil la mayor parte son viudos 51.7%, con respecto al grado de instrucción la mayor parte no cuenta con algún grado de instrucción 64.4%, en relación a la enfermedad actual el 56.3% padece de hipertensión arterial y un 4.6%. de osteoporosis. En relación con la variable Capacidad de Autocuidado el 62.1% es baja y el 37.9 % tiene una buena capacidad de autocuidado; de la variable riesgo de caídas en adultos mayores, el 57.5% tiene un alto riesgo, el 31.0% presentaron riesgo y el 11,5% presentaron bajo riesgo de caídas. (23)

Torres B, JM.; Lima - Perú; en su trabajo de investigación titulado: “Autocuidado en la prevención de caídas del adulto mayor Centro Integral del adulto mayor de Barranco Enero a Marzo 2015”; tuvo como Resultados: que el 58.6% tiene un nivel de autocuidado medio en la prevención de caídas, el 21.4% bajo y el 20.0% tiene un nivel alto; en los factores intrínsecos el 54.3% tiene un nivel de autocuidado medio, el 24.3% bajo y el 21.4% tiene un nivel alto, se enfatizaron las posteriores acciones: el 65.7% realizan actividades físicas, el 80.0% usa frecuentemente calzado cómodo y el 90.0% el no consumir bebidas alcohólicas. En cuanto al nivel de autocuidado relacionado a los factores extrínsecos el 52.9% tiene un nivel medio, el 27.1% bajo y el 20.0% tiene un nivel alto y las actividades que promueven el autocuidado son: mantener una apropiada iluminación en los ambientes del domicilio 95.7%, pasadizos libres de obstáculos 82.9%, accesibilidad de los objetos de uso diario 80%, suelos limpios y no resbalosos

70% y uso de pasamanos en los vehículos 91.4%. Conclusiones: El nivel de autocuidado en la prevención de caídas del adulto mayor fue medio tanto para el control de los factores intrínsecos y extrínsecos. (24)

Los presentes estudios de investigación, en definitiva, nos ayuda a ver de manera concreta la problemática que está viviendo la población adulta mayor; de hecho, prevalece el interés de saber las capacidades de autocuidado que tiene la persona adulta mayor para prevenir una caída, y no obstante encaminando a favorecer la salud y la vida. Es fundamental recalcar que estos hechos sustentan el desarrollo de dicha investigación, por otra parte, contribuyen a la investigación, ofreciendo un soporte para la metodología y utilización del instrumento adecuado para la recopilación de datos.

1.1.3. BASE TEÓRICA

Las capacidades son aquellas habilidades aprendidas que el ser humano, pone en práctica o las desarrolla en los diferentes ámbitos de la vida, de esta manera podrá lograr, ser capaz de salvaguardar su salud e integridad física.

Para P.A. Rudik, citado en Cortegaza; comenta que la mayor parte de las distintas actividades que realiza una persona, ha sido necesario tener una pequeña costumbre, habilidad, conocimiento para poder llevar a cabo dichas actividades; a pesar de que los individuos tienen exactamente las mismas situaciones del exterior, se observa que al querer obtener estas costumbres, habilidades y conocimientos las personas no lo obtienen de la misma manera que otras, por ejemplo una persona todo lo puede agarrar rápido mientras que la otra persona dedica más tiempo y esmero. (25)

Mientras que A. V. Petrosk indica que en la adquisición de habilidades, conocimientos y hábitos ha sido necesario las capacidades del individuo, que no es otra cosa que las características psicológicas del mismo; sin embargo, resulta indispensable estas características, ya que sin ellas no nos dirigen a estos conocimientos y hábitos. (25)

Existen dos tipos de capacidades que son las siguientes: capacidades motoras y capacidades cognitivas; en las capacidades motoras se incorporan las capacidades sensorio-perceptivas como olfativas, visuales, gustativas, auditivas y táctiles; además existen las capacidades motoras manuales que hacen referencia a los movimientos finos

de precisión y coordinación neuromotora y finalmente se encuentran las capacidades motoras del resto del cuerpo que sirven para mejorar y asegurar los movimientos esenciales de la persona y a la vez coordinar los diferentes segmentos corporales. En las capacidades cognitivas se refieren a que los sujetos disponen de capacidades, y es por esta razón que se alcanza a razonar y a solucionar problemas, actuar de manera razonable para lograr objetivos, le damos sentido al mundo y a sus fenómenos; creamos objetos novedosos y hermosos, por lo tanto existen capacidades indispensables como la comprensión y uso del idioma; creación de conceptos, razonamientos y categorías; memoria semántica significativa; resolver problemas; aprendizaje de los errores y ser capaz de decidir; imaginación; socio afectividad es decir valorarse y aceptarse tal y como son y a los demás también, las capacidades aparecen y se desarrollan con el fin de complacer las necesidades del individuo, depende de la significación social, el valor que se les da. (26)

Asimismo, hablaremos sobre el autocuidado; según Coppard, citado en Leitón el autocuidado abarca todas las actividades y determinaciones que toma un individuo, orientadas a conservar y a restablecer la salud para evitar, diagnosticar y manejar su patología y las decisiones de usar las prestaciones del servicio de salud y para Orem (1983), en su teoría de enfermería sobre el déficit de autocuidado, lo determina como la habilidad de acciones que el sujeto comienza y efectúa por si solo con el objeto mantener la vida, la salud y el bienestar” (27).

De la misma forma, el Ministerio de Salud (MINSA) precisa al autocuidado como la capacidad que tiene un ser humano, para hacerse cargo de manera libre sobre su propio autocuidado de la salud, con el propósito de fomentar estilos de vida y entornos saludables. (28)

Como dice, Tobón (29) en sí, el autocuidado se entiende como las habilidades aprendidas que el sujeto, familia o grupo realiza para cuidar su salud, es decir realiza actividades o toman decisiones de manera autónoma para fortalecer o restaurar la salud y prevenir las enfermedades. Dentro de las actividades realizadas se encuentran: estilos de vida saludables, vigilancia y control de medicamentos, promoción y prevención de la salud y salud mental y adaptación social. Es importante recalcar que cualquier cosa

aprendida infiere a que exista una alteración en unos de los tres ámbitos del comportamiento: cognitivo, afectivo y psicomotor.

No olvidemos que para incorporar el concepto de autocuidado se tiene que enfatizar lo siguiente; autocuidado que promueva la salud, quiere decir que promueva hábitos que nos llevan hacia un adecuado confort físico, espiritual y mental, el autocuidado está dirigido a prevenir enfermedades y riesgos a la salud, descubrir lo más pronto posible síntomas y signos de una enfermedad, por ejemplo realización de autoexamen de mamas, tener cuidado al momento de utilizar medicamentos para el manejo de enfermedades, sobre todo en los efectos secundarios del medicamento, existen tres formas de autocuidarnos dentro de los estilos de vida como el de comportamientos que responsablemente buscan conservar la salud, comportamientos que ayuden a mejorar los síntomas de la enfermedad, y a la prácticas peligrosas que alteran la salud. (28)

Según Raile y Marriner (1), Dorothea Orem en su teoría del déficit de autocuidado, se encuentran tres teorías que son, teoría de sistemas de enfermeros, teoría de déficit de autocuidado y finalmente la teoría de autocuidado. En la teoría de sistemas de enfermeros expresa que son acciones que realizan un grupo de enfermeras para aquellas personas que tienen restricciones derivadas o problemas de salud añadidos, son actividades que ejerce la enfermera para obtener un adecuado autocuidado o un buen cuidado dependiente; que están dirigidos para la persona, familia y comunidad, no olvidemos que la enfermera es la responsable de un adecuado autocuidado propio de la persona. Las actividades que realiza la enfermera están enfocadas al diagnóstico, prescripción y regular algún tipo de problema de salud. La teoría de déficit de autocuidado, se refiere a las restricciones que tiene la persona para no desarrollar o no ejercer prácticas con el afán de cuidar su salud, dichas restricciones ocasionan que las personas se vuelvan incompetentes para conocer las condiciones o aspectos para cuidar su propia salud, la teoría de déficit de autocuidado es una palabra que engloba las deficiencias de habilidades que posee una persona para compensar sus propias necesidades de cuidado. La Teoría de autocuidado es un método que la persona emplea por si sola para mejorar o mantener una vida saludable, el autocuidado se debe fomentar de manera constante, voluntaria de acuerdo a los requisitos regulador de cada ser humano. Respecto a estos requisitos de autocuidado, Dorothea Orem los clasifica en tres tipos que son los siguientes, autocuidado universal, autocuidado de desarrollo y

autocuidado en caso de desviación de salud. En el autocuidado Universal habla sobre los cuidados que necesita una persona en toda la etapa de su ciclo vital, con el objetivo de conseguir un autocuidado válido en la integridad, estructural y funcional del ser humano, se plantean ocho requisitos universales que debe cumplir el hombre, mujer y niño: el sustento de un aporte suficiente de aire, alimentos, agua, equilibrio entre la actividad y el descanso, interacción social y la soledad; provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación; precaución de daños para la vida, el buen funcionamiento y bienestar humano; promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales. En el autocuidado del desarrollo, se encontraron tres requisitos, provisión de condiciones que fomentan el desarrollo; implicación en el autodesarrollo; evitar los efectos de las circunstancias vitales que logran dañar el desarrollo humano. En el autocuidado en caso de desviación de la salud, estos requisitos existen especialmente para las personas que tienen problemas de salud y se encuentran recibiendo un régimen terapéutico, esto conlleva a exigencias de un cuidado apropiado, que requieren estas personas que mantienen patologías, defectos o discapacidades.

En cuanto, a la capacidad de autocuidado en el adulto mayor, de acuerdo con Dorothea Orem citada en Hernández, nos da a entender que para un adecuado autocuidado ha sido necesario desarrollar las habilidades de los adultos mayores con el fin de que realicen un óptimo cuidado de la salud; dentro del marco adecuado temporal, la investigación, toma de decisiones, juicio y los métodos necesarios para conservar un buen funcionamiento y desarrollo; siendo estas disposiciones compatibles con la salud, vida y el bienestar. El rendimiento de un adecuado autocuidado se presenta por el buen conocimiento, habilidades y el tener un apropiado estímulo que se encuentre evolucionado y ejercitado, que son necesarios para el autocuidado y para las normas humanas primordiales. (30)

Según Copart citado en Contreras, la capacidad de autocuidado se conceptualiza; el como persona percibe sus prácticas, hábitos y acciones, con el fin de conservar su propia salud, acorde con las partes o elementos que se originan en el poder. (22)

Por lo tanto, la capacidad de autocuidado que tiene un individuo será expuesta de acuerdo con las acciones que hace por sí solo, con el afán de conservar su salud y

bienestar, además de poder decidir, realizar prácticas de actividades que conlleven al beneficio del autocuidado. (26)

Por otra parte, Camino (26) habla sobre la intervención de la enfermera en el cuidado del adulto mayor, que expresa; que las personas mayores deberían de tomar la responsabilidad de llevar un adecuado autocuidado de la salud, con el deseo de cumplir las necesidades que amerita el ser humano; y compensarse a uno mismo, obteniendo un envejecimiento saludable y activo.

El profesional de enfermería tiene el deber de promover la salud de una manera activa, así como en el individuo, como en la población; quienes se encuentran en un estado de vulnerabilidad; es por ende que la enfermera debe lograr una variación en las prácticas y actividades rutinarias que presentan las personas adultas mayores.

Por lo tanto, es algo esencial que la enfermera obtenga con el pasar del tiempo una cantidad aumentada de personas adultas mayores, que realicen adecuadamente actividades y prácticas con el fin de cuidar su salud; el profesional de enfermería no solo está fomentando el autocuidado, sino que está contribuyendo de manera holística en la persona y en la familia, con los problemas geriátricos más comunes con el fin de evitar las posibles complicaciones.

Por otro lado, hablaremos de la prevención de caídas; según Balbás la Organización Mundial de la Salud precisa a la caída como un suceso donde el paciente cae sobre el piso de manera involuntaria, trayendo consigo consecuencias; y estas pueden ser contadas por el propio sujeto o por la persona presente durante el hecho. (31)

En tal sentido, Montero determina a la caída como el acontecimiento que se presenta por un desplazamiento, del centro de gravedad hacia un nivel inferior, esto se da por la falta de equilibrio postural, por lo común ocurre en el piso y de manera no intencionada, y sin haber mostrado anticipadamente un desmayo. (32)

Por ello, las caídas en las personas mayores de 60 años son un problema de salud grave, sobre todo por los enormes daños personales que se presentan y por el inminente dinero que se invierte. (22)

Si bien las caídas llevan a que las personas presenten peligros para sufrir diferentes traumatismos, las características que van a contribuir para conocer el tipo de seriedad del traumatismo son: edad, sexo y la situación actual de la salud, teniendo en cuenta que la edad es la primera causa para sufrir una caída; el longevo es la persona quien más corre riesgo de morir por sufrir una caída o por lo menos muestra daños irreparables, y este riesgo se incrementa con la edad. En los pacientes mayores de 60 años los accidentes de caídas incrementan y crean una preocupación crucial en el aspecto clínico debido a la mortalidad, morbilidad y los enormes gastos que traen consigo. (21)

La prevención de caídas es una buena señal de un apropiado cuidado de enfermería; dado a que existen programas en los diferentes establecimientos de salud en donde es habitual realizar seguimiento a la persona. (31)

De tal manera, la Organización Panamericana de la Salud (33) , afirma que las caídas se clasifican en caída accidental, caída de repetición y caída prolongada; en la caída accidental se especifica que es aquella caída no intencionada, que se da cuando un adulto mayor se tropieza y es algo impropio del ser humano y que no vuelve a repetirse. En la caída de repetición se refiere que ya se ha evidenciado una caída y estas persisten por los factores que predisponen a una caída, como por ejemplo varias enfermedades crónicas. En la caída prolongada se dice que es aquella caída donde la persona adulta mayor permanece en el suelo por más de 15 a 20 minutos, esto se da con frecuencia en personas mayores de 80 años, debido a la incapacidad que tienen de levantarse sin ayuda, dado que ellos presentan debilidad muscular en los miembros superiores o inferiores o por diferentes causas.

Así mismo, existen los factores de riesgo de caídas; donde especifica que el riesgo de sufrir una caída va a depender de los factores de riesgo que tenga la persona, al tener numerosas alteraciones va a contribuir a predisponer una caída.

Las consecuencias probables de una caída, va a depender de las características internas del afectado, asimismo de cómo han sucedido los hechos de la caída.

Cabe señalar que existen factores que predisponen una caída, dentro de estos factores de riesgos están incluidas dos; la primera que dependen del individuo, es decir es lo concerniente al propio proceso del envejecimiento (factores intrínsecos); mientras que el otro factor dependen necesariamente del entorno que circunda al individuo (factores

extrínsecos); incluso existen otros tipos de factores, dado el origen de la caída y por lo general algunos autores lo han determinado como caídas clasificables; es necesario resaltar que para sufrir una caída es necesario la unión de varios de estos factores. (31)

Según la OMS/OPS y Hospital Nacional Arzobispo Loayza (33)-(34) los factores de riesgo para caídas son las siguientes: factores intrínsecos que incluyen el desorden o daño físico; enfermedades tales como la artritis, demencia, parkinson, etc., que de una u otra manera afectan la marcha; además baja presión arterial ortostática; infección; desequilibrio hidroelectrolítico; alteración visual o auditiva; cardiopatía; afecciones y deformaciones en los pies; medicamento y alcohol; y por último los factores extrínsecos que se refiere al mobiliario inadecuado o en mal estado, pobre iluminación, suelo mojado o resbaloso, suelo con partes desiguales, alfombras o tapetes arrugados, escalinatas o gradas inestables, zapatos inadecuados, no tener conocimiento del lugar y acudir al baño.

Para Leitón y Ordoñez (35) los factores de riesgo intrínsecos que causan las caídas son todos aquellos cambios que ocurren por el propio envejecimiento, es decir son dependientes del individuo; además de las enfermedades y las consecuencias propias por la ingesta de medicamentos. Afirman que los factores relacionados a los cambios producidos por el envejecimiento son las siguientes: la edad que es un factor predominante para sufrir una caída; se encuentran también los cambios a nivel de la marcha, en donde los adultos mayores arrastran los pies cuando se desplazan de un lugar a otro y este hecho sucede por no alzar debidamente los pies, lógicamente hay más probabilidad de tropezar; en esta etapa se presenta la disminución de la propiocepción, que de una u otra manera ayuda a una variación en el equilibrio, principalmente en los cambios de posición, es decir levantarse o sentarse que generalmente son llamados cambios posturales, la estabilidad y el equilibrio se verán afectados por reflejos lentos, alteraciones en los sentidos, existe mínima fuerza muscular y mínima coordinación y alteraciones articulares; también hay un deterioro mental por los cambios que se presentan a nivel cognitivo; encontramos reducción de la agudeza visual e inadecuada adaptación visual a los cambios, de la luz a oscuridad y visión periférica; y por último encontramos la disminución de la agudeza auditiva; es importante recalcar que el vivir solo aumenta el riesgo de caídas ya que dada la circunstancia el adulto mayor suele realizar actividades de gran esfuerzo.

Ante estos cambios es importante evitar que los adultos mayores se caigan, por ello se otorgan recomendaciones y medidas de autocuidado para prevenirlas, que son las siguientes: ir a realizar un chequeo anual con el médico o cuando sea necesario para que evalúen los sentidos; mantener lentes y audífonos si es que se utilizan siempre cerca de uno, lo más accesible posible, estos objetos deben estar limpios y en buen estado; si necesitan utilizar dispositivos de ayuda como bastón o andador, estos deben de ser a la medida y tamaño apropiado para la persona, incluso el usuario debe saber utilizarlo correctamente; tener precaución al momento de adaptarse a las nuevas gafas bifocales o anteojos ahumados, o incluso a una intervención quirúrgica de ojos, ya que existe la probabilidad de presentar caídas, es importante conocer que podrían incitar a la confusión espacial y mareos; participar en programas de actividad física, con el afán de aumentar y conservar la fuerza, flexión, agilidad, resistencia, equilibrio, etc., y fortalecer la seguridad y confianza; realizar caminatas diarias que ayudan a mejorar el equilibrio y la marcha; realizar lo mayor posible actividades de la vida diaria. (35)

En cuanto a los factores de riesgo relacionados con la enfermedad, es de gran importancia que el 25 % de las caídas tienen relación con ciertas enfermedades especialmente en el sistema nervioso central (SNC), corazón y sistema endocrino dentro de estas tenemos: trastornos neurológicos, como la epilepsia y accidentes cerebrovasculares que alteran el nivel de conciencia y el Parkinson; enfermedad en el sistema nervioso periférico, demencias, etc. que generalmente dañan al equilibrio y a la marcha; se encuentra a la vez afecciones reumatológicas donde aparecen la artrosis y la artritis reumatoide quienes provocan cambios en la marcha, nula estabilidad articular, dolor y rigidez; asimismo afecciones cardiovasculares. como arritmias, desmayos, mareos, pérdida de conciencia, insuficiencia cardíaca congestiva y por los cambios posturales, estas podrían hacer caer por la pérdida de conciencia y debilidad; la hipotensión postural y la postprandial lo padecen entre el 10% y el 20% de los adultos mayores; incluso presentan afecciones sensoriales, como alteraciones auditivas, y lo más importante afecciones en la visión, dado que se presentan problemas en la vista como catarata, refracción, degeneración papilar y glaucoma, quienes ayudan a menudo que la persona sufra una caída; inclusive problemas en los pies como uñas largas, juanetes, callosidades, deformaciones articulares que provocan alteración en la marcha debido al dolor y a la deformación que estas producen y también existen otras afecciones como la diabetes que tienen un control inadecuado, desequilibrio

hidroelectrolítico y hemorragia digestiva estas suelen ser la causa de sufrir una caída, se añade a esto el exceso de bebidas alcohólicas, que provocan inestabilidad, además de ello la nicturia que por lo que causa, exige al individuo que acuda por las noches al baño y eso es un peligro. (35)

Ante estas enfermedades es importante controlar o evitar que los adultos mayores se caigan, por ello se otorgan sugerencias y medidas de autocuidado para prevenirlas, que son las siguientes: contar con una adecuada alimentación teniendo un suplemento nutricional de calcio como por ejemplo: leche, queso, clara de huevo, yogurt, vitamina D, etc., estos alimentos están relacionados con la calcificación de los huesos; mantener su peso ideal o recomendado; evitar consumir diariamente café o bebidas gaseosas; usar calzados o zapatillas adecuadas con suelas de goma antideslizante, estas permitirán estabilidad y seguridad al caminar; asistir anualmente o cuando sea necesario al doctor para realizarse un chequeo para que evalúen los sentidos, la cognición, neuromuscular, marcha y el equilibrio, además de ello llevar un tratamiento conveniente para combatir las enfermedades que conducen a las caídas tal y como el parkinson, demencia, afección vascular cerebral, artritis, neuropatías, afecciones músculo esqueléticas, afecciones cardiovasculares, vestibulares, sensoriales, etc., tratar los problemas de los pies como uñas largas, callosidades, juanetes para ello debe observar y revisar los pies diariamente de manera visual y manual; evitar los cambios posturales bruscos al levantarse o sentarse y evitar mover la cabeza de un lado a otro y/o hacia atrás o adelante, ya que puede provocar presión baja y pérdida de estabilidad; evitar lo más posible el beber alcohol, porque altera la percepción del espacio y de reflejos, ayudando a que se presenten caídas. (35)

En cuanto a los factores de riesgo relacionados con la ingesta de medicamentos. Se sabe que los adultos tienen mayor probabilidad de caer, porque consumen uno o más medicamentos al día, dentro de ellos están los antihipertensivos, calmantes en general, diuréticos, y antidiabéticos que son responsables de alguna u otra manera de las caídas, porque alteran la conciencia y se produce la somnolencia y confusión, además existe un desequilibrio, desatención, rigidez muscular o hipotensión ortostática. (35)

En este sentido es importante evitar que los adultos mayores se caigan por causa del consumo de medicamentos, por ello se otorgan sugerencias y medidas de autocuidado

para prevenirlas, que son las siguientes: es importante estar informado acerca de los efectos secundarios que trae consigo los fármacos, en especial los antihipertensivos, antidepresivos y diuréticos, puesto que provocan presión arterial baja; por lo que es necesario reducir su ingesta en lo más posible y en caso de ingerir consultarlo con el doctor; no es recomendable consumir fármacos que no sean recetados por el galeno y solo tomar la dosis indicada por el médico tratante. (35)

Sin embargo, los factores extrínsecos o externos se refieren a las acciones que desarrolla la persona adulta mayor en su entorno, en el instante de presentar una caída o tropiezo. Los factores extrínsecos integran la causa primordial de caídas en las personas longevas y sucede ocurrentemente en el domicilio y/o exterior.

Dentro de ellas se encuentra el domicilio que en varias oportunidades encontramos riesgos ambientales en las viviendas como por ejemplo: baja iluminación o demasiada iluminación; escaleras dañadas e inadecuadas con falta de iluminación y escalones excesivamente altos; alfombras dañadas, no bien extendidas; mobiliario mal ubicado, deteriorado y aglomerados; intercambio de la posición de los muebles; inodoros muy bajos y sin barandas de soporte; pisos húmedos, con charcos de agua o excesivamente encerados, tinas de baño en mal estado y resbalosos; pisos con irregularidades, comedores y camas bajas; conductores eléctricos dañados, pelados y juguetes esparcidos por el piso. (26)

En este aspecto, el adulto mayor deberá considerar realizar lo siguiente: usar y colocar en las áreas más importantes como en el baño, escaleras y pasillos barandas o manijas de apoyo; evitar alzar objetos pesadas; evitar caminar por la casa cuando el suelo este trapeado o encerado; proponer el uso de dispositivos de ayuda para lograr caminar con mayor seguridad; tener una adecuada iluminación en todos los espacios del hogar, así evitaremos caídas; es importante tener adecuadamente iluminadas las escaleras, baños, recamaras y patios; tener los pasadizos libres, para evitar los tropiezos, teniendo en orden los cordones de los artefactos, teléfonos y cables eléctricos; evitar que hayan cosas en las escaleras; colocar en el piso del baño alfombra antideslizante bien fijado preferiblemente tapetes de hule antiderrapantes y es útil poner en la tina o ducha una silla con respaldar para bañarse, con el afán de evitar resbalones; evitar colocar cosas en alturas con el fin de impedir que la persona utilice sillas o bancos para alcanzarlos, ya que al realizarlo la persona suele inclinar la cabeza hacia atrás y pudiendo perder la

estabilidad o presentar mareos y caer al instante; mantener controlados a los niños y mascotas porque podrían arrojar al piso al adulto mayor; evitar pisos muy encerados, con charcos de agua o mojados; es importante hacer uso de tapetes antideslizantes y usar sillas con respaldar y apoyabrazos. (26)

En cambio, en la comunidad el adulto mayor puede estar expuesto a los siguientes riesgos ambientales como veredas dañadas e inadecuadas; circulación de tránsito excesivo, no existen señalizaciones o por lo menos se encuentran en mal estado, los edificios son inaccesibles para las personas con alguna discapacidad; en el transporte público no existen los pasamanos, y para el colmo los peldaños al subir al transporte son demasiados altos (> 50 cm del suelo).

Por lo que es necesario que el adulto mayor deba tener en cuenta lo siguiente: cruzar la calle por el paso peatonal caminando, que necesariamente se encuentran en las esquinas, cruzar cuando este en luz roja para los automóviles; es recomendable que se utilice el puente peatonal aunque sea más tedioso y agotador es el que más garantiza seguridad; al cruzar la calle evitar observar las luces de los automóviles; tener las manos desocupadas, sin ningún objeto, con la finalidad de sujetarse en caso sea necesario, es aconsejable llevar una bolsa con tiras largas con el propósito de colocarlas en el cuello o hombro; cogerse duro del pasamano y subir al transporte con calma; comunicar al conductor antes de bajar, usar de preferencia el pie de apoyo natural al bajar o subir; evitar salir cuando llueva o transitar por lugares húmedos, o con barro; evitar sitios con mucha multitud y es obligatorio salir acompañado. (26)

Es importante hablar sobre las caídas en los adultos mayores y sus consecuencias, debido a que conforman un interesante problema clínico y de la salud pública, con enormes repercusiones físicas, psicológicas y sociales. Entre las consecuencias se puede considerar las consecuencias físicas, consecuencias psicológicas y consecuencias sociales.

Las consecuencias físicas, son las consecuencias físicas más serias de una caída, que por supuesto conlleva al deceso; las caídas son importantes porque son las causas más comunes de muerte accidental, además son la quinta o sexta causa de defunción en los adultos mayores de 65 años. La probabilidad es mayor si el adulto mayor es de edad avanzada, ser mujer, haber caído anteriormente y haber permanecido varios minutos sobre el suelo; cerca del 5% al 25% de las ocasiones suele presentarse heridas serias

como fracturas y luxaciones, son las que traen consecuencias como dependencia, postración en cama, etc.; las fracturas se presentan generalmente en la cadera, seguida de la radio, húmero y pelvis; asimismo provocan daños neurológicos como hematoma subdural, contusión cerebral, conmoción que son realmente importantes.

Las consecuencias psicológicas se dice que el “Síndrome postcaída” es la primordial y la más perjudicial consecuencia, la cual se distingue por temor a caer de nuevo; existencia de dependencia funcional y pérdida de la autonomía; cambios en la rutina diaria de la vida; los familiares y cuidadores tienen una postura protectora que indudablemente ayudan a que el individuo pierda su autonomía; en ocasiones disminuye el autoestima, se presentan en ciertas ocasiones depresión, ansiedad, melancolía, por lo tanto eligen quedarse en su domicilio, lo que conlleva a la asociabilidad y a la pérdida de la capacidad.

Las consecuencias sociales son aquellas causadas por las caídas, en donde requieren asistencia para efectuar las actividades diarias de la vida; que implica reducción de sus actividades sociales y laborales, además al emplear prestaciones de salud, estas prestaciones aumentan y por consiguiente las caídas figuran como el 40% de las causas de ingreso a un hospital, generando un costo muy elevado que afecta económicamente a la familia e institución. (35)

Respecto, al adulto mayor, la Organización Mundial de la Salud (OMS), declara que los sujetos de 60 a 74 años son considerados de edad avanzada; mientras que los de 75 a 90 años como viejos o ancianos, y los mayores de 90 años se les llaman grandes viejos o grandes longevos. Absolutamente a todas las personas mayores de 60 años se les denomina persona de la tercera edad. (36)

Los adultos mayores tienen una edad mayor de 60 años; asimismo estos tienen derechos, obligaciones y responsabilidades en la sociedad, en relación consigo mismo y con la familia; además con su alrededor y las futuras generaciones. Dichos individuos se vuelven viejos de muchas formas, dependiendo de su vivencia, de hechos importantes y transformaciones enfrentadas durante la vida; prácticamente involucra procesos de desarrollo y deterioro. (37)

Es importante, hablar sobre el envejecimiento, según la Organización Mundial de la salud (OMS) (38), puntualiza que el envejecimiento es el desgaste progresivo y

generalizado, que ocasiona que se expongan a presentar enfermedades de mayor riesgo en relación a la edad; además hace una distinción en el envejecimiento; porque detalla que es un proceso de cambios biológicos universales, que es propio del ser humano con el pasar del tiempo, pero a la vez especifica que el envejecimiento no está vinculado con las enfermedades o adversidades del ambiente, pero si está vinculado con los factores del ambiente como el estilo de vida que lleva el ser humano.

Por este motivo, la OMS ha incluido una noción del envejecimiento activo, describiéndolo como el proceso de seguir viviendo adecuadamente con el transcurrir de los años; viviendo de una manera audaz, desarrollando continuamente prácticas y actividades que favorezcan a un envejecimiento eficaz, sin tener limitaciones.

Por lo tanto, existe una preferencia al tratar de diferenciar entre el envejecimiento fisiológico del patológico, ya que el envejecimiento fisiológico se trata de los cambios en las funciones del ser humano y en el envejecimiento patológico se presenta cuando hay una anormalidad; consecuencia de alguna enfermedad o malas prácticas en el estilo de vida, siendo estas enfermedades en la mayoría de los casos reversibles o por lo menos se puede prevenir.

Ahora, desde un enfoque biológico, el envejecimiento es el resultado del almacenamiento de diversos daños moleculares y celulares a lo largo de la vida, lo que conlleva a una decadencia progresiva de las capacidades físicas y mentales, con una gran probabilidad de riesgo de enfermar y por último la muerte.

Aun así, esos cambios no son rectos, ni idénticos; pero no siempre conciernen con la edad del adulto mayor; determinadas personas de 70 a 80 años poseen una óptima salud y se desarrollan impecablemente, mientras que otros son demasiados vulnerables y requieren asistencia significativa. (6)

En cuanto, a la clasificación del adulto mayor, se clasifica en cuatro grupos: anciano sano que es aquella persona mayor cuya edad es superior a 65 años; sus características físicas, psíquicas y sociales están acorde con la edad transcurrida de la persona, y es aquella quien no posee ninguna enfermedad diagnosticada, ni ningún problema funcional, mental o social. Anciano enfermo que es aquella persona con edad superior de 65 años, que tiene alguna patología aguda o crónica, y que el nivel de gravedad es distinto en cada patología; es importante recalcar que el anciano enfermo no cumple con

las características del anciano geriátrico, y en esta agrupación el propósito es asistir, rehabilitar y prevenir todo, dependiendo de la enfermedad. Anciano frágil o anciano de alto riesgo (AAR) es aquel adulto mayor que dada su disposición física, mental y funcional se encuentra alterado, pudiendo volverse en un sujeto dependiente, además de ser necesario internarlo, en un hospital. Se considera AAR, a toda persona mayor de 80 años y a los que tienen una edad entre 65 y 80 años, que acaten las siguientes características: vivir en una casa sin parientes; enviudamiento reciente, que sea menor de doce meses; mudarse de hogar en menos de doce meses; presentar enfermedades crónicas que condicionan a la incapacidad funcional como por ejemplo: accidente cerebro vascular, que por sí deja daños; insuficiencia cardíaca que se haya presentado en menos de seis meses, enfermedad de parkinson, caídas, problemas articulares, etc.; haber estado internado en un hospital en menos de un año; tomar tres medicamentos para la hipertensión, diabetes o ingerir psicofármacos; incapacidad para realizar las actividades diarias; deterioro cognitivo o demencia, según los criterios del DSM-III; desanimado para realizar actividades; falta de dinero; necesitan ser evaluados en su casa por un doctor o enfermera por lo menos una vez al mes; ancianos en centros geriátricos; es importante saber que en el anciano de alto riesgo el propósito es prevenir y asistir, que se realiza básicamente en el primer nivel de atención; en este tipo de pacientes hay que vigilar su evolución y reducir el riesgo de deterioro a corto y largo plazo. Anciano geriátrico que es aquel que cumple con tres o más de las siguientes características como edad mayor de 75 años, tener múltiples patologías diagnosticadas, enfermedad primordial que condiciona incapacidad, enfermedad mental que acompaña o predomina en el adulto mayor; problema social con respecto a la situación de su salud. (3)

No obstante, existen riesgos en el adulto mayor, si bien el envejecimiento no es semejante a la enfermedad; más bien se refiere a la capacidad de adaptación del ser vivo ante circunstancias de estrés, definiendo así una mayor susceptibilidad. La pérdida de funciones implica una respuesta distinta ante una patología, por ejemplo; hay una mayor sensibilidad a las infecciones a origen de la disminución en la protección que ofrece una mucosa intacta, es por eso que sea probable observar en los adultos mayores lo siguiente: gran vulnerabilidad para la aparición de enfermedades e incluso el deceso; se presentan muchas patologías crónicas y degenerativas como el Alzheimer, Parkinson, etc.; signos clínicos distintos frente a las patologías; un considerable período para la mejoría total, después de haber presentado alguna patología aguda; alteración en la

composición y en la función del organismo que perjudica en la cinética y dinámica de los medicamentos, lo que conlleva a que presenten efectos adversos, en ciertos medicamentos y en ciertas dosis del tratamiento. (39)

Es por ello, que el adulto mayor presenta una variedad de factores de riesgo las cuales se mencionan y analizan a continuación; el riesgo en la alimentación existe por las modificaciones del aparato digestivo, que conllevan a una inadecuada nutrición, deshidratación, estreñimiento, reducción de la absorción de las vitaminas y minerales; la nutrición es esencial porque cubre las necesidades del ser humano como por ejemplo energéticas, renovación del tejido, enzimas y hormas, además de ello garantiza las necesidades de nutrientes esenciales como vitamina y minerales; y también del agua, otorgando un adecuado equilibrio corporal.

El riesgo en la actividad física; si bien el adulto mayor puede seguir realizando sus actividades, pero no siempre las realizará con la misma rapidez, como cuando era muchacho. El nivel de respuesta de la persona adulta mayor se vera afectada con el pasar de los años y por los cambios en el centro de equilibrio, por esa razón demoran en adaptarse al entorno y esto implica presentar caídas; el sedentarismo puede ocasionar pérdida muscular y ósea; por lo que es un factor de riesgo para producirse accidentes y caídas.

El riesgo en el reposo y sueño; el sueño con el tiempo experimenta cambios; con respecto al sueño de las noche, este se ve fraccionado porque acorta el tiempo total del sueño y la proporción del sueño profundo se pierde (estadios III y IV); por lo tanto hacen uso del sueño reparador, porque al despertar sienten que no han descansado lo suficiente; a partir de los 60 y 70 años; el sueño transcurre de manera rápida y superficial, lo que conlleva a una apariencia de sueño ligero (estadios I y II). Los adultos mayores pasan más tiempo en la cama y no logran conciliar el sueño; en medio de los 70 y 80 años, las personas se despiertan constantemente por las noches, debido a que la persona a dormido en varias oportunidades en el transcurso del día o porque requieren mayor tiempo para poder dormir y permanecer echado. Con respecto a lo mencionado en antes, los adultos mayores suelen levantarse constantemente por las noches; que por cierto no se conoce aún la causa acerca de este problema, pero sin embargo existen enfermedades que influyen en el sueño como enfermedades cardiopulmonares y todos los tipos de dolores. En vista de que se acrecienta los trastornos del sueño, es necesario emplear pastillas para dormir, sin embargo, las

personas mayores tienen una reacción distinta ante estos fármacos, y podrían presentar efectos secundarios, como alteración en el equilibrio y confusiones; de modo que es de vital importancia el control de somníferos y sobre todo es conveniente que sea recetado por un médico.

El riesgo en la Interacción social; si bien, la conservación de la salud mental se debe prevenir por medio de la educación, tanto para la persona y sus familiares, con el propósito de atenderlos y apoyarlos adecuadamente. Es importante procurar que el adulto mayor se valga por sí mismo y asista a programas, donde les enseñen a afrontar esta etapa de vida; sobre este punto los actos que se practiquen de hoy en adelante beneficia tanto a los adultos mayores y sus familiares, porque ayudarán a crear lazos mas significativos entre ambos. Demasiadas personas al cambiar de domicilio se deprimen, sobre todo cuando ingresan a una casa de reposo o cuando se les intenta cambiar sus hábitos; es recomendable vivir en un entorno agradable, porque ayuda a tener una adecuada salud mental. (39)

Debido a lo mencionado anteriormente es necesario realizar ciertas acciones, en la alimentación debemos ingerir alimentos cuatro veces al día; tener un régimen de alimentación equilibrada, que contengan pollo, conejo y pavo; menestras; frutas y verduras; hacer deporte y trotar por lo menos media hora al día, ya que favorece al tránsito intestinal; beber más de dos litros de agua diarios; evitar que el adulto mayor pierda el gusto por los alimentos. En la actividad física se ha demostrado que la actividad moderada es eficiente en el cuidado de la osteoporosis, inclusive se evidencia incremento en el volumen muscular según investigaciones, pero tiene que ser prescrita por un experto; es importante prevenir las caídas, debido que el 90% de las rupturas de fémur son ocasionadas por una caída, es por ende que hay sugerencias para reducir el riesgo de caer; en el vestuario hay que utilizar prendas cómodas, calzado con tacón ancho y suela de hule o gomas que faciliten moverse sin inconvenientes; en la iluminación, hay espacios que necesitan mayor iluminación; tener al alcance de la mano un interruptor o una lámpara, con el fin de evitar desplazarse por la oscuridad; el suelo hay que conservarlos limpios y secos, sin juguetes, sin conductores eléctricos, macetas, etc., y es necesario tener bien fijados las alfombras; en la escalera colocar barandas de apoyo y que estén bien asegurados y firmes, revisar que las gradas se encuentren en buenas condiciones y es aconsejable colocar tapetes antideslizantes; en los baños debemos emplear pisos antideslizantes en el exterior e interior de la ducha y instalar

barandas o manijas en el interior de la ducha y al costado del inodoro; los muebles ubicarlos adecuadamente en espacios que permitan el desplazamiento de las personas mayores. En el reposo y sueño debemos tener en cuenta la iluminación, en la cual debemos impedir que ingrese luz mientras se duerme; desenchufar los electrodomésticos, con el fin de eliminar las luces que estas proporcionan; en los ruidos prevenir aquellos ruidos escandalosos que intranquiliza al adulto mayor, como por ejemplo, el reloj y procurar cerrar bien las tuberías para evitar el sonido del goteo; en la temperatura, hay que mantener un entorno acogedor y cálido; en el colchón hay que escoger uno suave y fresco, es aconsejable voltear el colchón regularmente para evitar que se deteriore; en la almohada hay que intentar colocarlos en diferentes alturas, hasta localizar la que más se ajuste a nuestro cuerpo, sin dañar el cuello; en la ropa seleccionar bata o pijama no muy ajustadas, que sean de preferencia de algodón, colocar sábanas agradables para descansar placenteramente; si se usan frazadas estas no deben significar carga para el cuerpo; mantenerse activo todo el día y evitar permanecer en el cuarto; si es esencial un descanso, este no debe ser mayor a 90 minutos; darle uso a la luz solar, es decir tomar el sol a lo largo del día, al menos 30 a 40 minutos, esto evita a tener sueño. En la interacción social los familiares deben aportar a la salud mental del adulto mayor lo siguiente: frecuentar a sus parientes; si no es factible verlos, conversar por vía telefónica; expresar afecto de diferentes maneras; juntarse con sus parientes cuando lo requieran; hacerles caso y procurar entenderlos; compartir sus tristezas y felicidades de ellos; hacer que se sientan útil. (39)

En cuanto, a las afecciones comunes asociadas al envejecimiento, la Organización Mundial de la Salud (OMS), (6) refiere que en el envejecimiento se encuentran ciertas enfermedades como osteoartritis, cataratas, errores de refracción, dolor en la espalda y cuello, pérdida de audición, neuropatías obstructivas crónicas, diabetes, depresión y demencia; al transcurrir de los años hay más probabilidades de presentar varias enfermedades al mismo tiempo. En la ancianidad se presentan los llamados “Síndromes Geriátricos”, que suelen hallarse en las últimas etapas de la vida; como consecuencia, de varios factores como la vulnerabilidad, incontinencia urinaria, caídas, trastornos delirantes, y úlceras por presión (UPP). Los síndromes geriátricos al parecer pronostican mejor el deceso, que las mismas apariciones de varias patologías propias.

Para concluir, exteriorizaremos sobre los factores que influyen en el envejecimiento saludable; estos factores no son genéticos, más bien son factores del entorno físico y social que rodea al individuo, añadido a las peculiaridades personales como el sexo, la etnia o el nivel socioeconómico; estos factores influyen de manera rápida, aun mas si han tenido una niñez o fase embrionaria complicada, junto con las peculiaridades personales; todos estos factores mencionados determinaran tu forma de envejecer.

El entorno también influye, de manera notable a mantener buenos hábitos saludables, durante toda la vida es necesario llevar buenas prácticas, como una dieta equilibrada, realizar ejercicio diariamente y privarse de fumar, contribuye a reducir el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles y a mejorar las facultades físicas y mentales.

En el envejecimiento es necesario conservar esos hábitos, ya que es necesario y de gran importancia para mantener o guiar hacia un envejecimiento activo y saludable; por lo tanto, ayudara a contribuir a preservar las funciones cognitivas, retrasar la dependencia y revertir la fragilidad. (6)

1.2. PROBLEMA

¿Cuál es la capacidad de autocuidado en la prevención de caídas en adultos mayores que acuden al centro de salud José Quiñones Gonzáles - Chiclayo 2019?

1.3. HIPÓTESIS

1.3.1. Hipótesis General

La capacidad de autocuidado en la prevención de caídas, es inadecuado en adultos mayores que acuden al Centro de Salud José Quiñones Gonzáles – Chiclayo 2019.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo general

Determinar la capacidad de autocuidado en la prevención de caídas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud José Quiñones Gonzáles - Chiclayo 2019.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Identificar la capacidad de autocuidado en la prevención de caídas en adultos mayores según los factores de riesgo intrínsecos.
- Identificar la capacidad de autocuidado en la prevención de caídas en adultos mayores según los factores de riesgo extrínsecos.

1.5. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

Es importante realizar el presente estudio de investigación, pues es preciso brindar información actualizada y rigurosa sobre la magnitud de esta problemática; ya que existe un incremento de la población adulta mayor evidente según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), además las caídas son la segunda causa mundial de muerte según la Organización mundial de la salud (OMS); de tal manera el Ministerio de Salud (MINSA), ha presentado interés en esta etapa de vida, y se evidencia por el compromiso y trabajo constante para promover e incitar un envejecimiento activo y saludable, mediante lineamientos y medidas que conlleven a mejorar la calidad de vida y a la construcción de una sociedad saludable.

Se justificó de forma teórica, pues diversos estudios han sido conducidos para abarcar esta problemática a nivel mundial y en el Perú, sin embargo, no existe ningún estudio en la ciudad de Chiclayo, por ello es importante realizar más investigaciones sobre la capacidad de autocuidado en la prevención de caídas en adultos mayores; que son realmente necesarios para conocer la realidad actual del problema. Al obtener los resultados del estudio, podrá tanto invitar a la reflexión académica y a su vez repercutirá positivamente en la mejora del autocuidado en el adulto mayor.

El presente estudio sin duda alguna conllevará a optimizar las labores diarias de la enfermera frente a este problema, pues la enfermera (o) forma parte del equipo de salud y cumple un pilar fundamental en el primer nivel de atención; en definitiva, su función es importante porque realizan acciones preventivo promocional. El profesional de enfermería está capacitado para abordar problemas y necesidades de la población adulta mayor.

Se justificó de forma práctica, pues pretende resolver un problema real y permitirá obtener información sobre la magnitud de la problemática en cuestión; además esta información beneficiará a la población adulta mayor. Con ello se podrá formular estrategias y programas más adecuados, que brinden educación sanitaria, sobre las capacidades de autocuidado que se debe tener para prevenir caídas; de manera sistemática y periódica; para ofrecerle solución inmediata a este problema de salud pública. Este estudio no solo será útil al personal de enfermería, sino a los profesionales de salud en general involucrados en la etapa de vida adulto mayor.

Se justificó de forma metodológica, porque para alcanzar los objetivos de la investigación, se acudió al empleo de técnicas de recolección de datos, esta técnica tiene validez y confiabilidad; siendo este el que recoge información sobre la capacidad de autocuidado en la prevención de caídas; para luego ser procesada estadísticamente, desde una perspectiva cuantitativa, es así que los resultados de la investigación servirán como fuente para investigaciones futuras en beneficio de la población adulta mayor de nuestra localidad y sociedad en general.

El propósito de esta investigación está enfocada a conocer las habilidades y actividades que realiza el adulto mayor por sí mismo para prevenir caídas; también se identificará los factores de riesgo externos e internos que puedan causar daños irreversibles a los adultos mayores. Al conocer la capacidad de autocuidado en la prevención de caídas; tendrá como finalidad evitar consecuencias que son propias de las caídas; como dependencia, inmovilidad e incluso la defunción del adulto mayor y así conseguir una vida activa y saludable en esta etapa de vida.

1.6. DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

1.6.1. Variable Independiente

Capacidad de autocuidado en la prevención de caídas.

1.6.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA	INSTRUMENTO
Capacidad de autocuidado en la prevención de caídas.	Habilidades de las personas para realizar de manera efectiva su autocuidado es decir, son todas aquellas acciones y decisiones que toma un individuo dirigida a mantener y mejorar su salud y prevenir la enfermedad, u otro acontecimiento como las caídas, que son la	Conjunto de actividades que el adulto mayor que acude al Centro de Salud José Quiñones Gonzáles, refiere realizar por sí mismo, en su domicilio y en su comunidad para controlar los factores intrínsecos y extrínsecos de las caídas, con el propósito de prevenir caídas. Información que se	Factores Intrínsecos. dependientes del individuo, propio proceso de envejecimiento .	<i>Cambios producidos por el envejecimiento:</i> - Cuidado de la visión. - Cuidado de la audición. - Actividad física. - Cambios a nivel de la marcha. <i>Enfermedades:</i> - Alimentación. - Control de peso. - Cambios bruscos de postura. - Control médico periódico. - Cuidados de los pies.	Ordinal -Adecuado. -Parcialmente adecuado. -Inadecuado. Ordinal -Adecuado. -Parcialmente adecuado. -Inadecuado.	Instrumento utilizado: Cuestionario

	consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad. Dentro de los factores de riesgo de caídas podemos distinguir aquellos dependientes del individuo, por el propio proceso de envejecimiento (factores intrínsecos) y otros que dependen del	obtendrá aplicando el cuestionario. Adoptando el valor final de: - Adecuado. -Parcialmente adecuado. -Inadecuado.	Factores Extrínsecos. dependen del ambiente que rodea a dicho individuo.	- Tipo de calzado. - Consumo de alcohol. Ingesta de medicamentos: - Automedicación. - Pedir información sobre los efectos adversos de los medicamentos. Domicilio: - Buena iluminación. - Eliminar obstáculos. - Evitar pisos resbalosos y mojados. - Evitar caminar descalzo. - Sostener barandas al bañarse.	Ordinal -Adecuado. -Parcialmente adecuado. -Inadecuado. Ordinal -Adecuado. -Parcialmente adecuado. -Inadecuado.	
--	---	--	--	--	---	--

	ambiente que rodea a dicho individuo (factores extrínsecos).			- Tener objetos al alcance de la mano. - Evitar levantar objetos pesados. - Evitar subir a bancos o sillas. Comunidad: - Cruzar la calle por el paso peatonal. - Sostenerse bien del pasamanos al subir y bajar del transporte público. - Evitar pisos mojados y deteriorados. - Evitar mirar directamente a las luces. - Salir acompañado	Ordinal	
--	--	--	--	--	---------	--

II. MATERIAL Y MÉTODO

2.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio de investigación es de enfoque cuantitativo porque la variable es cuantificable facilitando su medición para luego analizarla estadísticamente, de nivel descriptivo ya que la finalidad es describir la variable de estudio tal y como es en realidad en un momento y tiempo determinado, de tipo aplicativo porque se está investigando para actuar o producir cambios en un determinado sector de la realidad.

2.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN / CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

El presente estudio de investigación es de diseño no experimental porque es sistemática y empírica en la que la variable independiente no se manipula, de tipo de diseño transversal descriptivo ya que me permite examinar y descubrir las características, propiedades y cualidades de un hecho o suceso de la realidad en un instante determinado del tiempo.

2.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población del estudio estuvo constituida por un total de 314 adultos mayores que acuden al centro de salud José Quiñones Gonzales durante el periodo de estudio; el número de la población son el número de personas adultas mayores atendidas según los indicadores de la etapa de vida adulto mayor.

- Muestra de estudio

Para la obtención de la muestra se realizará el muestreo aleatorio simple, quien permitirá que todos los individuos tengan la misma probabilidad de ser o salir elegidos; por ende, se utilizará el muestreo con población conocida:

-Población (**N**): 314

-Nivel De Confianza: 95%, (**Z_a**): 1.96

-Proporción esperada de individuos que cumplen con las características (**p**): 0.5

-Proporción esperada de individuos que no cumplen con las características (**q**): 0.5

-Error (**d**): 0.05 (5%)

$$n = \frac{N \cdot Z_a^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + Z_a^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{314 \cdot 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{0.05^2 \cdot (314-1) + 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$$

$$n = \frac{314 \cdot 3.8416 \cdot 0.25}{0.0025 \cdot (313) + 3.8416 \cdot 0.25}$$

$$n = \frac{301.5656}{1.7429}$$

$$n = 173$$

* Verificamos si $n/N > d$, si fuera así, entonces se procede a reajustar la muestra.

$$\frac{n}{N} = \frac{173}{314} = 0.55$$

Por lo tanto, 0.55 es mayor que 0.05, en tal sentido se reajusta la muestra.

- Formula de Reajuste:

$$n^\circ = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}}$$

$$n^\circ = \frac{173}{1 + \frac{173}{314}}$$

$$n^\circ = \frac{173}{1.55}$$

$$n^\circ = 111.6$$

$$n^\circ = 112$$

La muestra estará conformada por 112 adultos mayores que acuden al Centro de Salud José Quiñones Gonzáles, que cumplirán con los siguientes criterios:

- CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Personas de 60 años a más.
- Adultos mayores orientados en tiempo, espacio y persona.
- Que permitan su participación en la investigación.

- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Adultos mayores con alguna alteración mental.
- Adultos mayores con sordera total.
- Adultos mayores que rechacen a participar en la investigación.

2.4. INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En la presente investigación para determinar la capacidad de autocuidado en la prevención de caídas en adultos mayores se empleó como técnica de recolección de datos la encuesta, aplicando un instrumento: el cuestionario de escala tipo Likert, de 3 alternativas: Si, A veces y No; instrumento que fue elaborado por Camino Salazar, María del Pilar (2011) (26), cuyo objetivo fue determinar la capacidad de autocuidado en la prevención de caídas que tienen los adultos mayores. El instrumento contiene las siguientes partes: título, introducción, datos generales, instrucciones y contenido propiamente dicho que consta de 2 dimensiones que evalúan factores intrínsecos y extrínsecos; después de realizar las correcciones pertinentes, dadas por los jueces de expertos el instrumento consta de 32 ítems, 18 ítems que evalúan los factores intrínsecos y 14 ítems que evalúan los factores extrínsecos.

2.4.1. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Con el deseo de efectuar la validez del contenido, para determinar: en el instrumento, el grado de autenticidad del constructo, se sometió a validez por juicio de expertos, obteniéndose un V de Aiken total 0.875. Dado este hecho, la validación se concretó a través de la evaluación de 03 jueces; los cuales poseían atributos especiales como ser

expertos en investigación científica y geriatría, cada experto recibió suficiente información escrita acerca del propósito del estudio; título de investigación, objetivos y operacionalización de variables y el instrumento en sí; esto permitió que los jueces dieran a saber sus diferentes puntos de vista y así proceder a realizar las correcciones necesarias del instrumento. Luego se efectúa una prueba piloto con 25 encuestados para demostrar la confiabilidad del instrumento dirigido a los Adultos Mayores sobre su Capacidad de Autocuidado en la prevención de caídas, usando la prueba de análisis de consistencia interna, obteniendo un valor >0.70 .

2.4.2. RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el desarrollo de recolección de datos se lleva a cabo los trámites administrativos correspondientes y a la vez se coordinó con el medico jefe del Centro de Salud José Quiñones Gonzales, con el fin de obtener las facilidades y la autorización respectiva. A cada participante se le informó el objetivo del estudio de investigación, obteniendo así el consentimiento informado. La aplicación del instrumento se realizó en dicho Centro de Salud, a los adultos mayores que acuden al Centro de Salud, los días útiles del presente mes, con anticipada coordinación con la jefa de enfermeras; se ejecutó el cuestionario mientras los pacientes esperan la atención en los servicios de Medicina, Odontología, Nutrición; durante los horarios de atención de 8am hasta las 1pm., con una duración de 20-30 min., por persona, para el llenado del cuestionario.

2.4.3. ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio tuvo en cuenta las siguientes consideraciones éticas: la participación libre y voluntario de los Adultos Mayores, todo ello con la confidencialidad y total discreción lo cual hace prevalecer los valores y principios bioéticos de los participantes del estudio.

2.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos fueron codificados y verificados en el aplicativo ofimático Excel, para luego ser analizados en el software estadístico SPSS versión 24. Se utilizó la estadística descriptiva, lo que permitió procesar los datos en tablas de frecuencia, asimismo se

utilizó cuadros los cuales sirvieron de base para realizar el análisis e interpretación de la información.

Para la medición de la variable se asignó valores de la siguiente manera:

RESPUESTA	PROPOSICIÓN	
	POSITIVA	NEGATIVA
SI (S)	2	0
A VECES (AV)	1	1
NO (N)	0	2

Para medir la capacidad de autocuidado se aplicó la escala de Stanones para hallar los límites de los intervalos y agrupar los datos en tres categorías, obteniendo las siguientes puntuaciones:

- ✓ Capacidad de Autocuidado en la prevención de caídas:
 - Adecuado: Mayor de 47.
 - Parcialmente adecuado: entre 38 y 47.
 - Inadecuado: menos de 38.

- ✓ Capacidad de Autocuidado en la prevención de caídas según factores de riesgo intrínsecos:
 - Adecuado: Mayor de 21.
 - Parcialmente adecuado: entre 16 y 21.
 - Inadecuado: menos de 16.

- ✓ Capacidad de Autocuidado en la prevención de caídas según factores de riesgo extrínsecas:
 - Adecuado: Mayor de 27
 - Parcialmente Adecuado: entre 21 y 27
 - Inadecuado: menos de 21

III. RESULTADOS

TABLA N° 1: Podemos observar que la capacidad de autocuidado en la prevención de caídas del 100% (112) de adultos mayores encuestados; 78.6% (88) tienen una capacidad de autocuidado inadecuado, seguido de un 17.0% (19) tienen una capacidad de autocuidado parcialmente adecuado, y finalmente un 4.4% (5) tienen una capacidad de autocuidado adecuado.

TABLA N° 2: Se observa que la capacidad de autocuidado en la prevención de caídas según los factores de riesgos intrínsecos del 100% (112) de adultos mayores encuestados; el 41.1% (46) tienen una capacidad de autocuidado según los factores de riesgos intrínsecos parcialmente adecuado, seguido de un 36.6% (41) inadecuado y finalmente 22.3% (25) adecuado.

TABLA N° 3: Con respecto a la tabla, la capacidad de autocuidado en la prevención de caídas según los factores intrínsecos, de un total de 100% (112) adultos mayores encuestados, el 74.1% (83) no acude anualmente al especialista para controlarse algún problema de la vista, el 92.9% (104) no acude anualmente al especialista para realizarse una revisión del oído, 41.0% (46) a veces hace uso de lentes y/o audífonos, en sus actividades diarias, 67.9% (76) no realiza diariamente algún tipo de actividad física (baile, gimnasia, taichí, etc.), 46.4% (52) si realiza diariamente caminatas de 30 minutos, 61.6% (69) no hace uso de algún dispositivo de ayuda (andador, bastón) para caminar con más seguridad, 49.1% (55) a veces incluye en su dieta diaria alimentos ricos en calcio y vitamina D (leche, queso, yogurt, huevo, quinua), 42.9% (48) a veces consumen diariamente café, té, bebidas gaseosas, 35.7% (40) si controlan su peso periódicamente, 47.3% (53) si se paran bruscamente al levantarse de la silla y/o cama, 50.0% (56) si realizan un control médico periódico para detectar tempranamente problemas de salud, 41.1% (46) no observan diariamente sus pies en busca de lesiones o pequeñas heridas, 44.6% (50) a veces realizan cuidado de sus uñas del pie, periódicamente, 55.4% (62) a veces usan frecuentemente calzado cómodo (con suela antideslizante, sin taco, a su medida), 36.6% (41) no utilizan el calzado con pasadores, el 87.5% (98) no consumen bebidas alcohólicas, 75.0% (84) si toman solo medicamentos que el médico le indica, y por último el 58.9% (66) no solicitan al doctor

información en caso de tomar un nuevo medicamento sobre sus efectos (sueño, mareos, hipertensión).

TABLA N° 4: Se observa que la capacidad de autocuidado en la prevención de caídas según los factores de riesgos extrínsecos, del 100% (112) de adultos mayores encuestados; 73.2% (82) tienen una capacidad de autocuidado según los factores de riesgo extrínsecos inadecuado, seguido de un 19.7% (22) parcialmente adecuado y por último 7.1% (8) adecuado.

TABLA N° 5: Con respecto a la tabla, la capacidad de autocuidado en la prevención de caídas según los factores extrínsecos, de un total de 100% (112) adultos mayores encuestados, el 67.9% (76) si mantiene los ambientes de la casa con buena iluminación, 50.9% (57) a veces mantiene los pasillos de la casa en libres de obstáculos (alfombras, cables eléctricos), 40.2% (45) si le permite su piso desplazarse adecuadamente sin tropiezos (piso resbaladizo, mojado, falso, grietas, desniveles), 43.8% (49) a veces camina descalzo o en medias por la casa, 97.3% (109) no hace uso de barandas o manijas cuando acude al baño (bañarse, necesidades, etc.), 48.2% (54) a veces conserva los objetos de uso diario al alcance de la mano, 44.6% (50) si levanta objetos pesados, 42.0% (47) si sube a bancos o sillas para alcanzar cosas que están en lugares altos, 49.1% (55) si cruza la calle por el paso peatonal o esquinas sin correr, 49.1% (55) si se sostiene del pasamano para subir o bajar del vehículo de transporte público, 58.0% (65) no recibe ayuda cuando utiliza los medios de transportes, 51.8% (58) a veces en la calle evita pasar por lugares con agua, barro o suelos deteriorados, el 39.3% (44) a veces mira directamente a las luces de los carros al atravesar la calle, y finalmente el 83.0% (93) no sale acompañado cuando acude a lugares con mucha gente (hospital, posta, mercado, etc.).

IV. CUADROS Y GRÁFICAS

TABLA N° 1: Capacidad de autocuidado en la prevención de caídas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud José Quiñones Gonzáles- Chiclayo 2019

	n	%
Inadecuado	88	78.6
Parcialmente adecuado	19	17.0
Adecuado	5	4.4
Total	112	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos mayores que acuden al Centro de Salud José Quiñones Gonzáles – Chiclayo 2019.

Interpretación: de un total del 100% (112) de adultos mayores encuestados; 78.6% (88) tienen una capacidad de autocuidado inadecuado, seguido de un 17.0% (19) parcialmente adecuado, y finalmente un 4.4% (5) adecuado.

TABLA N° 2: Capacidad de autocuidado en la prevención de caídas según los factores de riesgo intrínsecos en adultos mayores que acuden al Centro de Salud José Quiñones Gonzáles – Chiclayo 2019

	n	%
Inadecuado	41	36.6
Parcialmente adecuado	46	41.1
Adecuado	25	22.3
Total	112	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos mayores que acuden al Centro de Salud José Quiñones Gonzáles – Chiclayo 2019.

Interpretación: de un total del 100% (112) de adultos mayores encuestados; el 41.1% (46) tienen una capacidad de autocuidado según los factores de riesgos intrínsecos parcialmente adecuado, seguido de un 36.6% (41) inadecuado y finalmente 22.3% (25) adecuado.

TABLA N° 3: Capacidad de autocuidado en la prevención de caídas en adultos mayores según factores intrínsecos

PROPOSICIONES	SI		A veces		No	
	n	%	n	%	n	%
Acude anualmente al especialista para controlarse algún problema de la vista.	9	8.0%	20	17.9%	83	74.1%
Acude anualmente al especialista para realizarse una revisión del oído.	3	2.7%	5	4.4%	104	92.9%
Hace uso de lentes y/o audífonos, en sus actividades diarias.	35	31.3%	46	41.0%	31	27.7%
Realiza diariamente algún tipo de actividad física (baile, gimnasia, taichí, etc.).	6	5.3%	30	26.8%	76	67.9%
Realiza diariamente caminatas de 30 minutos.	52	46.4%	39	34.8%	21	18.8%
Hace uso de algún dispositivo de ayuda (andador, bastón) para caminar con más seguridad.	27	24.1%	16	14.3%	69	61.6%
Incluye en su dieta diaria alimentos ricos en calcio y vitamina D (leche, queso, yogurt, huevo, quinua).	48	42.9%	55	49.1%	9	8.0%
Consume diariamente café, té, bebidas gaseosas.	39	34.8%	48	42.9%	25	22.3%
Controla su peso periódicamente.	40	35.7%	38	33.9%	34	30.4%
Se para bruscamente al levantarse de la silla y/o cama.	53	47.3%	39	34.8%	20	17.9%
Realiza un control médico periódico para detectar tempranamente problemas de salud.	56	50.0%	52	46.4%	4	3.6%
Observa diariamente sus pies en busca de lesiones o pequeñas heridas.	24	21.4%	42	37.5%	46	41.1%
Realiza cuidado de sus uñas del pie, periódicamente.	21	18.8%	50	44.6%	41	36.6%
Usa frecuentemente calzado cómodo (con suela antideslizante, sin taco, a su medida).	45	40.1%	62	55.4%	5	4.5%
El calzado que Ud. utiliza es con pasadores.	33	29.5%	38	33.9%	41	36.6%
Consume bebidas alcohólicas.	1	0.9%	13	11.6%	98	87.5%
Solo toma medicamentos que el médico le indica.	84	75.0%	25	22.3%	3	2.7%
En caso de tomar un nuevo medicamento solicita al doctor información sobre sus efectos (Sueño, mareos, hipertensión)	14	12.5%	32	28.6%	66	58.9%

TABLA N° 4: Capacidad de autocuidado en la prevención de caídas según factores de riesgo extrínsecos en adultos mayores que acuden al Centro de Salud José Quiñones Gonzáles – Chiclayo 2019

	n	%
Inadecuado	82	73.2
Parcialmente adecuado	22	19.7
Adecuado	8	7.1
Total	112	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos mayores que acuden al Centro de Salud José Quiñones Gonzáles – Chiclayo 2019.

Interpretación: de un total del 100% (112) de adultos mayores encuestados; 73.2% (82) tienen una capacidad de autocuidado según los factores de riesgo extrínsecos inadecuado, seguido de un 19.7% (22) parcialmente adecuado y por último 7.1% (8) adecuado.

TABLA N° 5: Capacidad de autocuidado en la prevención de caídas en adultos mayores según factores extrínsecos

PROPOSICIONES	SI		A veces		No	
	n	%	n	%	n	%
Mantiene los ambientes de la casa con buena iluminación.	76	67.9%	31	27.7%	5	4.4%
Mantiene los pasillos de la casa libres de obstáculos (alfombras, cables eléctricos, juguetes).	45	40.2%	57	50.9%	10	8.9%
Su piso le permite desplazarse adecuadamente sin tropiezos (Piso resbaladizo y/o mojado, falso, grietas, desniveles).	45	40.2%	41	36.6%	26	23.2%
Camina descalzo o en medias por la casa.	28	25.0%	49	43.8%	35	31.2%
Cuando acude al baño (bañarse, necesidades, etc.) hace uso de barandas o manijas.	2	1.8%	1	0.9%	109	97.3%
Conserva los Objetos de uso diario al alcance de la mano.	43	38.4%	54	48.2%	15	13.4%
Levanta objetos pesados.	50	44.6%	22	19.7%	40	35.7%
Sube a bancos o sillas para alcanzar cosas que están en lugares altos.	47	42.0%	22	19.6%	43	38.4%
Cruza la calle por el paso peatonal o esquinas sin correr.	55	49.1%	48	42.9%	9	8.0%
Se sostiene del pasamano para subir o bajar del vehículo del transporte público.	55	49.1%	40	35.7%	17	15.2%
Ud. recibe ayuda cuando utiliza los medios de transportes.	9	8.0%	38	34.0%	65	58.0%
En la calle evita pasar por lugares con agua, barro o suelos deteriorados.	42	37.5%	58	51.8%	12	10.7%
Mira directamente a las luces de los carros al atravesar la calle.	42	37.5%	44	39.3%	26	23.2%
Sale acompañado cuando acude a lugares con mucha gente (hospital, posta, mercado, etc.).	6	5.4%	13	11.6%	93	83.0%

V. DISCUSIÓN

A partir de los resultados obtenidos en la presente investigación aceptamos la hipótesis general que establece que la capacidad de autocuidado en la prevención de caídas en adultos mayores es inadecuado, porque al aplicar el cuestionario a 112 adultos mayores, se evidencia en la tabla N°1 que el 78.6% tiene una capacidad de autocuidado inadecuado en la prevención de caídas, 17.0% es parcialmente adecuado, y el 4.4% es adecuado.

Estos resultados no concuerdan con los hallazgos de Torres B, JM. (2015) en el estudio realizado en Lima “Autocuidado en la prevención de caídas del adulto mayor Centro Integral del adulto mayor de Barranco Enero a Marzo”, donde encontró que el 58.6% tiene un nivel medio de autocuidado en la prevención de caídas; el 21.4% tiene un nivel bajo y el 20.0% tiene un alto nivel; sin embargo, estos resultados si guardan relación con los hallazgos de Cjuro H, A. Y Mamani M, PS. (2016) en el estudio realizado en Arequipa “Capacidad de autocuidado y riesgo de caídas en adultos mayores Micro-Red Ciudad Blanca Paucarpata”; donde concluyen que la mayoría de adultos mayores el 62.1% tiene una capacidad de autocuidado baja y el 37.9% buena.

Ahora bien, el envejecimiento aumenta rápidamente en todo el mundo, por ello existen cambios, pero estos cambios no son iguales para todos; se dan de distintas maneras en cada persona; en realidad los años en una persona en sí es algo relativo. Se ha evidenciado que algunos sexagenarios o septuagenarios tienen un goce de vida excelente y se adaptan perfectamente al cambio, pero existen otras personas que necesitan ayuda. Estos resultados existen, porque la ciudad de Chiclayo tiene una infraestructura distinta a la de Lima, su cultura, sus costumbres, su población, es muy distinta a lo antes mencionado, además se le agrega la realidad en que viven los adultos mayores, las acciones o hábitos que presentan en su vida diaria, la falta de colaboración, la falta de participación, esto influye en los resultados.

Estos aspectos presentan un riesgo elemental para sufrir una caída, es por ello por lo que la calidad de vida del adulto mayor se observará perjudicada. Siendo importante promover el autocuidado para optimizar los estilos de vida saludable, la autonomía e independencia del adulto mayor.

Con respecto a la tabla N° 2 los factores de riesgo intrínsecos de las caídas; el 41.1 % tienen una capacidad de autocuidado parcialmente adecuado en la prevención de caídas según los factores de riesgo intrínsecos, el 36.6% tiene una capacidad de autocuidado inadecuado y por último el 22.3% es adecuado.

En esta investigación también se halló, de acuerdo a la tabla N° 3; que el 74.1% no se controla la vista, el 92.9% no acude a una revisión del oído, 41.0% a veces usa lentes y/o audífonos en sus actividades diarias, 67.9% no realiza ningún tipo de actividad física, 46.4% si realiza caminatas por 30 minutos, 61.6% no hace uso de ningún dispositivo de ayuda, 49.1% a veces incluye en su dieta alimentos ricos en calcio y vitamina D, 42.9% a veces consume café, té o bebidas gaseosa, 35.7% si controla su peso, 47.3% se levanta bruscamente de la silla y/o cama, 50.0% si realiza un control médico periódico, 41.1% no observa sus pies, 44.6% a veces realiza cuidado de uñas, 55.4% a veces usa calzado cómodo, 36.6% no utiliza calzado con pasadores, 87.5% no consumen bebidas alcohólicas, 75.0% si toma la medicación indicada por el médico, y por ultimo 58.9% no solicita información sobre los efectos del medicamento.

Este resultado, coincide con los del autor Torres B, JM. (2015) en el estudio realizado en Lima, donde encontró que el 54.3% tiene un nivel medio de autocuidado para el control de los factores de riesgo intrínsecos responsables de caídas en adultos mayores, el 24.3% tiene un nivel bajo y el 21.4% tiene un alto nivel. Sin embargo, es contradictorio a la investigación de Hermosa S, RK., (2017) en el estudio realizado en Lima “Autocuidado en el adulto mayor en prevención de caídas Centro de atención primaria III Agustino” donde hallo que el 56.0% tienen una capacidad de autocuidado adecuada según el control de riesgos intrínsecos, y el 44.0% es inadecuada. También se encontró en Torres B, JM. (2015) que el 37.1% no acude al especialista para realizarse una revisión de oído, el 31.4% no evita pararse bruscamente de la silla y a la vez el 34.3% no evita pararse bruscamente de la cama, el 58.6% si realiza un control médico periódico, el 90.0% si evita consumir bebidas alcohólicas y el 31.4% si ingiere medicamentos indicada por el médico, estos hallazgos concuerdan con los resultados de la investigación.

Los factores intrínsecos son elementos que condicionan a predisponer una caída, son dependientes del individuo, es decir es el propio proceso del envejecimiento. Los

adultos mayores, durante este proceso propiamente dicho presentan cambios fisiológicos, cambios corporales, etc.; es por ello que presentan trastornos auditivos y visuales que son trastornos propios a medida que se va envejeciendo; hay falta de actividad física la cual causa una disminución de la fuerza muscular necesaria para la movilización; existe también la alteración de la postura, que se presenta por la disminución de la estabilidad y equilibrio; y el cambio a nivel de la marcha puede provocar tropiezos durante la marcha. La ingesta de medicamentos, es otro factor de riesgo de caídas, la mayor parte de población adulta mayor consume más de un medicamento por presentar más de una enfermedad, por tal motivo están expuestos a los efectos adversos de estos medicamentos.

En cuanto se deduce que la población estudiada no realiza acciones preventivas y existen comportamientos que no favorecen la salud y pueden ocasionar una caída. Es por ello por lo que los adultos mayores se hallarían en posible riesgo de presentar alguna caída, por tal motivo es importante abarcar las acciones o comportamientos que presentan actualmente dicha población, siendo necesario mejorar estos hábitos de vida para aminorar los accidentes en el adulto mayor.

En relación con la tabla N° 4 los factores de riesgo extrínsecos de las caídas; el 73.2% tienen una capacidad de autocuidado en la prevención de caídas inadecuado según los factores de riesgo extrínsecos, el 19.7% es parcialmente adecuado y por último el 7.1% es adecuado.

De acuerdo a la tabla N° 5 señala que el 67.9% si mantiene los ambientes iluminados, el 50.9% a veces mantiene los pasillos libre de obstáculos, el 40.2% su piso si le permite desplazarse adecuadamente, el 43.8% a veces camina descalzo o en medias por la casa, el 97.3% no usa barandas cuando acude al baño, el 48.2% a veces conserva los objetos al alcance de la mano, el 44.6% si levanta objetos pesados, el 42.0% si sube a bancos o sillas para alcanzar cosas en lugares altos, el 49.1% si cruza la calle por el paso peatonal o esquinas sin correr, el 49.1% si se sostiene del pasamano al subir o bajar del vehículo, el 58.0% no recibe ayuda cuando utiliza los medios de transportes, el 51.8% a veces evita pasar por lugares con agua, barro o suelos deteriorados, el 39.3% a veces mira directamente las luces del carro al atravesar la calle, y el 83.0% no sale acompañado.

Estos hallazgos no coinciden con los hallazgos del autor Torres B, JM (2015)., donde encontró que el 52.9% tiene un nivel de autocuidado medio para el control de riesgo extrínsecos; el 27.1% tiene un autocuidado bajo y el 20.0% tiene un autocuidado alto. Los resultados de Pérez R, AV., Domínguez S, G. Y Gonzales B, E., (2014) en el estudio realizado en México, refieren que evaluaron 12/12 áreas de atención y deambulaci3n de adultos mayores las cuales se identificaron 144 factores de riesgo extrínsecos entre ellos arquitect3nicos 24%, mobiliario 16%, de equipo 22% y de proceso 38%. De acuerdo a Fierro P, LM y Jiménez C, JM. (2018) en el estudio realizado en Ecuador, encontró que los factores extrínsecos que causan riesgo de caídas en adultos mayores son: el 33.0% la mala iluminaci3n, 25.0% escaleras inseguras, 17.0% baños inadecuados y pisos desnivelados, y el 8.0% aceras en mal estado. Respecto al estudio de Torres B, JM. (2015), señala que el 95.7% si mantiene los ambientes iluminados, el 65.7% a veces evita caminar descalzo (en medias) por la casa, el 62.9% no se sostiene de barandas cuando acude al baño, el 91.4% si usa el pasamano para subir al vehículo, el 97.1% si usa el pasamano para bajar del vehículo, y el 78.6% no sale acompañado esto es acorde con lo que se halla en este estudio.

Los factores extrínsecos son las condiciones del entorno, en definitiva, son ajenos a la persona más bien depende del ambiente que rodea al individuo; hace referencia al mobiliario, estructura arquitect3nica del domicilio y/o exterior, que componen la primordial causa de caídas en adultos mayores.

A menudo los hogares y el ambiente (comunidad), est3n llenos de riesgos para sufrir una caída, el solo hecho de tener alfombras sueltas y/o arrugadas, mala iluminaci3n, pisos desnivelados, escaleras sin pasamano, pisos resbalosos o mojados, baño sin barandas, etc.; y a la vez el tener una infraestructura inadecuada, tráfico excesivo, mala señalizaci3n, los medios de transportes, las calles, veredas, etc.; estos son elementos que influyen de tal manera que aumenta el riesgo de sufrir una caída. Las infraestructuras no est3n diseñadas para personas adultas mayores no son favorables, ni accesibles; existen barreras físicas y arquitect3nicas que crean trabas en la autonomía y en la independencia del individuo.

Por lo tanto, se concluye que el adulto cuenta con un mayor peligro de sufrir caídas en el domicilio como en el medio ambiente, es de gran importancia abarcar este aspecto

para asegurar la calidad de vida del adulto mayor; ya que la existencia de estos factores condiciona su bienestar y su seguridad.

Otro hallazgo importante fue respecto a la edad de los adultos mayores que el 49.1% tienen entre 60-69 años, el 38.4% tiene entre 70-79 años, el 10.7% tiene entre 80-89 años y por último el 1.8% tiene entre 90-99 años; con respecto al sexo el 71.4% son sexo femenino y el 28.6% son sexo masculino; con respecto al estado civil el 33.9% son viudos, el 31.3% son casados, el 26.8% son convivientes y el 8.0% son solteros.

Resultados que coinciden con los hallazgos del autor Torres B, JM., donde encontró que el 74.3% tienen una edad entre 60-65 años, el 15.7% tiene entre 65-70, el 7.1% tiene entre 70-75, por ultimo entre 75-80 y de 80 años a más tienen un porcentaje de 1.4% en ambas; respecto al sexo el 77.1% de los adultos mayores son de sexo femenino, seguido de un 22.9% de sexo masculino; sin embargo, no coinciden respecto al estado civil donde encontró que el 75.7% son casados, el 18.6% viudo y el 5.7% soltero. Asimismo, coincide con los hallazgos del autor Cjuro H, A. Y Mamani M, PS, donde encontró que el 67.8% son de sexo femenino, referente al estado civil el 51.7% son viudos, sin embargo, no coincide respecto a la edad donde encontró que el 49.4% tiene una edad que oscila entre 70-79 años.

Los accidentes de caídas existen por, la mayor vulnerabilidad que existe cuando uno llega a la vejez, la edad influye en estos casos, ya que el anciano presenta inestabilidad y un deterioro físico inherente al envejecimiento. El simple hecho de ser viudo afecta emocional y psicológicamente al anciano, no tienen la compañía necesaria para sentirse protegidos, el solo hecho de estar solos implica realizar todas las actividades diarias para satisfacer sus necesidades, por lo tanto, hay más posibilidades de presentar caídas. Se deduce que hay mayor riesgo de que presenten caídas los adultos mayores que acuden al Centro de Salud José Quiñones Gonzáles, por tal motivo es necesario que el personal de salud actúe de manera promocional – preventivo para evitar y reducir las caídas. Siendo este el tema más importante en esta etapa, ya que está en riesgo su autonomía e independencia, e incluso llevarlos hasta la muerte; además es el rol de la enfermera que debe cumplir en el primer nivel de atención.

VI. CONCLUSIONES

1. Podemos concluir, a partir de los datos que la capacidad de autocuidado en la prevención de caídas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud José Quiñones Gonzáles es inadecuado (78.6%), por ello se acepta la hipótesis general planteada. Este resultado evidencia el peligro encarecido de sufrir caídas y las consecuencias físicas, psicológicas y sociales que se presentan; alterando la salud, la autonomía e independencia del adulto mayor.
2. La capacidad de autocuidado en la prevención de caídas según los factores de riesgo intrínsecos en adultos mayores que acuden al Centro de Salud José Quiñones Gonzáles es parcialmente adecuado (41.1%). Dentro de los comportamientos que fomentan el autocuidado se encontró: caminatas diarias por 30 minutos (46.4%), control del peso (35.7%), control médico para detectar problemas de salud (50.0%), calzado sin pasadores (36.6%), no consumen bebidas alcohólicas (87.5%) y solo toman medicamentos indicados por el médico (75.0%). Como déficit de autocuidado se encontró: el control para algún problema de la vista (74.1%) y oído (92.9%), no realizan actividades físicas diariamente (67.9%), no hacen uso de algún dispositivo de ayuda (61.6%), se paran bruscamente de la silla y/o cama (47.3%), no observan sus pies en busca de lesiones o heridas (41.1%), no solicitan información sobre los efectos del medicamento al doctor (58.9%).
3. La capacidad de autocuidado en la prevención de caídas según los factores de riesgo extrínsecos en adultos mayores que acuden al Centro de Salud José Quiñones Gonzáles es inadecuado (73.2%). Los comportamientos que más fomentan el autocuidado están: los ambientes de la casa con buena iluminación (67.9%), su piso le permite desplazarse sin tropiezos (40.2%), cruza las calles o esquinas sin correr (49.1%), sostenerse del pasamano al subir o bajar del vehículo (49.1%). Se encontró como déficit de autocuidado: no hace uso de barandas o manijas cuando acude al baño (97.3%), levantar objetos pesados (44.6%), sube a bancas o sillas para alcanzar algo que está en altura (42.0%), no recibe ayuda cuando utiliza los medios de transportes (58.0%), no sale acompañado a lugares públicos (83.0%).

VII. RECOMENDACIONES

1. Esta información puede ser utilizada para desarrollar intervenciones destinadas a promover un autocuidado saludable, creando estrategias dirigidas al adulto mayor y familia para fomentar un envejecimiento activo y saludable en todos los aspectos no solo para prevenir caídas. Persistir con la educación, información y consejería al adulto mayor acerca del envejecimiento.
2. Un enfoque razonable para hacer frente a este problema podría ser el de capacitar de manera rutinaria al equipo de salud de dicho Centro para enfrentar este problema de salud pública, se sabe que realizan visitas domiciliarias y debería de ser un aprovechamiento oportuno, para hacer hincapié de este tema y a la vez realicen la detección precoz de los factores de riesgo que se presentan en el domicilio y en el individuo, en caso de que se observe algún problema dar las recomendaciones necesarias para evitar caídas y realizar la corrección respectiva de los peligros.
3. Sería recomendable que futuras investigaciones abordasen el tema por separado, por un lado, factores intrínsecos y extrínsecos, ya que es un tema amplio y a la vez profundizar la información en relación a los diferentes factores. Por otro lado, el instrumento utilizado o que se pretenda usar debe ser enfocado a la realidad de la población ya sea esta urbana o rural.

VIII. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. Raile Alligood M, Marriner Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. [Online]. España: Elseiver; 2011 [cited 2019 Mayo 23]. Available from: https://books.google.com.pe/books?id=CYYsbyypR4cC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.
2. Bronstein P, Perinotto A, Ventos L. Taller de prevencion de caidas y promocion del autocuidado: un dispositivo grupal gerontologico en salud publica. Revista Argentina de Gerontologia y Geriatria. 2017 Abril; Tomo XXXII.
3. Castro E. Prevalencia de caidas en ancianos de la comunidad. Factores asociados. [Online]. [Córdoba]: Universidad de Córdoba; 2005 [cited 2019 Mayo 17]. Available from: <https://helvia.uco.es/xmlui/bitstream/handle/10396/326/13219108.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
4. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. PLANPAM 2013-2017. [Online]. Lima; 2013 [cited 2019 Mayo 25]. Available from: https://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines_dvmpv/cuaderno_5_dvmpv.pdf.
5. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SemFYC). Consejos para prevenir las caídas en la Semana del Autocuidado. [Online].; 2014 [cited 2019 Junio 02]. Available from: <https://www.semfyc.es/consejos-para-prevenir-las-caidas-en-la-semana-del-autocuidado/>.
6. Organizacion Mundial de la Salud (OMS). Envejecimiento y Salud. [Online].; 2018 [cited 2019 Mayo 18]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>.
7. Organizacion Mundial de la Salud (OMS). Caidas datos y cifras. [Online].; 2018 [cited 2019 Mayo 17]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>.
8. Hernandez de Santilla SP, Moctezuma Alvarado LE. Caidas en el adulto mayor. Factores intrínsecos y extrínsecos. Revista Medica IMSS. 2002 Agosto; 40(6).
9. World Health Organization. WHO global report on falls prevention in older age. [Online].: World Health Organization; 2007 [cited 2019 Mayo 26]. Available from:

https://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf.

10. López LR, Mancilla SE, Villalobos CA, Herrera VP. Manual de Prevención de Caídas en el Adulto Mayor Villalobos CA, López LR, editors. Chile: Duplika Ltda.
11. Blouin C. La situación de la población adulta mayor en el Perú: Camino a una nueva política. Resumen Ejecutivo del IdDyDHdlPUC, editor. Lima: Gráfica Delvi S.R.L.; 2018.
12. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la población adulta mayor. INEI. 2019 Julio-Setiembre;(4): p. 2,9.
13. Jaime I. Situación de las personas adultas mayores en el Perú. [Online]. [cited 2019 Mayo 22]. Available from: <https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/7/53017/IrvingJaime.pdf>.
14. Ministerio de Salud (MINSA). Tayta Wasy. [Online].; 2018 [cited 2019 Mayo 23]. Available from: http://portal.minsa.gob.pe/Especial/2018/adulto_mayor/index.asp?op=6.
15. Nole LS. Adulto Mayor: Tres de cada diez sufren una caída al año. [Online].; 2014 [cited 2019 Mayo 24]. Available from: <https://elcomercio.pe/lima/adulto-mayor-tres-diez-sufren-caida-ano-347672>.
16. Muñiz N. Caídas en adultos mayores. Universidad Maimónides. [Online].; 2012 [cited 2019 Mayo 26]. Available from: <https://gerontologia.maimonides.edu/2012/10/caidas-en-adultos-mayores/>.
17. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Situación de Salud de la Población Adulta Mayor. [Online]. Lima; 2016 [cited 2019 Mayo 24]. Available from: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1459/libro.pdf.
18. Gerencia Regional de Salud (GERESA). Salud y Bienestar de la Persona Adulta Mayor (SABIPAM). [Online].; 2019 [cited 2019 Mayo 25]. Available from: <https://www.regionlambayeque.gob.pe/web/noticia/detalle/27691?pass=NA==>.
19. Fierro Peña M, Jiménez Cadena JM. Autocuidado y su relación con la prevención de caídas en el adulto mayor [Tesis de Licenciatura Enfermería], editor. Ecuador: Universidad Técnica de Babahoyo; 2018.
20. Pérez Rodríguez AU, Domínguez Sosa G, Gonzáles Baños E. Factores de riesgo

extrínsecos para caídas en un hogar para adultos mayores de Tabasco, Mexico.
Under License of Creative Commons Attribution. 2014; 10(1:23).

21. Hermosa Salas K. Autocuidado en el Adulto Mayor en Prevención de Caídas Centro de Atención Primaria III Agustino Noviembre [Tesis de Licenciatura Enfermería], editor. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista; 2018.
22. Contreras Salazar PF. Capacidad de autocuidado en la prevención de caídas de los usuarios del programa etapa de vida Adulto Mayor de un Centro de Salud [Tesis para optar Licenciatura de Enfermería], editor. Huánuco: Universidad de Huánuco; 2017.
23. Cjuro Huamani A, Mamani Mendoza PS. Capacidad de autocuidado y riesgo de caídas en adultos mayores. MicroRed Ciudad Blanca [Tesis de Licenciatura Enfermería], editor. [Arequipa]: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2016.
24. Torres Blas JM. Autocuidado en la prevención de caídas del adulto mayor que asiste al Centro Integral del Adulto Mayor de Barranco periodo Enero-Marzo [Tesis para optar Licenciatura de Enfermería], editor. Lima: Universidad de San Martín de Porres; 2015.
25. Cortegaza Fernández L. Capacidades y cualidades motoras. efdeportes.com. 2003 Julio;(62).
26. Camino Salazar MdP. Capacidad de autocuidado en la prevención de caídas que tienen los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Tablada de Lurín [Tesis para optar Licenciatura de Enfermería], editor. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2011.
27. Leitón Espinoza Z. Autocuidado en el adulto mayor y envejecimiento con bienestar. Revista Edu-fisica.com. 2018 Agosto; 10(22).
28. Ministerio de Salud (MINSA). Cuidado y Autocuidado de la Salud. Personas Adultas Mayores Dirección de Atención Integral de Salud , editor. Lima: Talleres Gráficos JDE & Service; 2009. [cited 2019 Mayo 31]. Available from: <http://docs.bvosalud.org/biblioref/2020/02/1021572/rotafolio.pdf>
29. Tobón Correa O. El Autocuidado. Una Habilidad para vivir Caldas: Universidad de Caldas.
30. Hernández Corral S, Rivas Espinosa J, Serrano Rivera A, Vargas Esquivel L.

Valoración de Capacidades de Autocuidado en Adultos Mayores para una práctica avanzada de Enfermería. [Online].; 2005 [cited 2019 Mayo 31]. Available from: <https://docplayer.es/7182792-Valoracion-de-capacidades-de-autocuidado-en-adultos-mayores-para-una-practica-avanzada-de-enfermeria.html>.

31. Balbás Liaño M, Gómez Laso AF. Proceso de Atención de Enfermería en los Síndromes Geriátricos. In Proceso de Atención de Enfermería en la Caída del Paciente Geriátrico. Módulo 2. 2nd ed. p. 3-32.
32. Espinoza Vento AL, Tinoco Segura G. Relación entre riesgo de caídas y principales factores sociodemográficos en pacientes de geriatría "Hospital Félix Mayorca Soto" Tarma-Junio [Tesis de Licenciatura], editor. Lima: Universidad Católica Sedes Sapientiae; 2016.
33. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Guía Clínica para atención primaria a las personas adultas mayores. Módulo 2. 4th ed. Washington; 2004. [Online]. [cited 2019 Junio 14]. Available from: http://www2.enfermeriacantabria.com/web_cursos/enfermeria/docs/MODULO_2.pdf
34. MINSA. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Guía de Diagnóstico y Tratamiento de Síndrome de caídas en el Adulto Mayor. Servicio de Geriatría Lima; 2017.
35. Leitón Espinoza Z, Ordoñez Romero Y. Autocuidado de la salud para el adulto mayor. Manual de información para profesionales [Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social], editor. Perú: OPS/OMS; 2003, p.139-146. [Online].; 2019 [cited 2019 Junio 5]. Available from: <https://es.slideshare.net/sonita1801/manual-de-informacion-para-profesionales-autocuidado-de-la-salud-para-el-adulto-mayor>
36. Bibliotecas UDLAP. Capítulo 1. Adulto Mayor. [Online].; 2019 [cited 2019 Junio 5]. Available from: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf.
37. MINSALUD. Envejecimiento y Vejez. [Online].; 2019 [cited 2019 Junio 6]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>.
38. Fundación General CSIC. Informe sobre envejecimiento Madrid: DiScript Preimpresión S.L.; 2010.
39. PUCdC. Autocuidado en el Ciclo Vital: Promoción y Prevención Adulto Mayor. [Online]. [cited 2019 Junio 14]. Available from: http://www7.uc.cl/sw_educ/enferm/ciclo/html/mayor/prevencion.htm.

IX. ANEXOS

ANEXO 1

CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS

CUESTIONARIO

INTRODUCCIÓN

Buenas tardes, Señor (a), mi nombre es Martha Cecilia Gutiérrez Capuñay, soy Egresada de Enfermería de la Universidad Particular de Chiclayo, estoy llevando a cabo un trabajo de investigación que tiene por finalidad obtener información acerca de la manera como las personas adultas mayores cuidan de sí mismos para prevenir las caídas. La entrevista es anónima. La información resultante será confidencial y utilizada sólo para este trabajo. Agradezco de antemano su colaboración.

DATOS GENERALES:

1. Sexo: a) F b) M

2. Edad:

3. Estado Civil: a) Soltero b) Casado c) Viudo d) Conviviente

4. Grado de instrucción:

a) Sin instrucción

Primaria: b) incompleta c) completa

Secundaria: d) incompleta e) completa

Superior: f) incompleta g) completa

5. Religión:

6. Lugar de Nacimiento:

7. Actualmente Ud. padece de:

a) Diabetes b) Hipertensión Arterial c) Artritis d) Osteoporosis

Otras:.....

6. Actualmente Ud. Vive:

a) Solo b) Conyugue c) Familiares Otros:

INSTRUCCIONES

A continuación, se le realizará una serie de preguntas acerca del tema, con diferentes alternativas de respuesta. Por lo cual, solicito que UD. escuche atentamente y luego elija una alternativa que crea conveniente. Por favor responda con toda sinceridad.

Responda SI, cuando siempre realiza esa actividad.

Responda A VECES, cuando esa actividad la realiza de vez en cuando o en muy raras ocasiones.

Responda NO, cuando nunca realiza dicha actividad.

CONTENIDO

Nº	PROPOSICIONES	SI	AV	NO
1	Acude anualmente al especialista para controlarse algún problema de la vista.			
2	Acude anualmente al especialista para realizarse una revisión del oído.			
3	Hace uso de lentes y/o audífonos, en sus actividades diarias.			
4	Realiza diariamente algún tipo de actividad física (baile, gimnasia, taichí, etc.).			
5	Realiza diariamente caminatas de 30 minutos.			
6	Hace uso de algún dispositivo de ayuda (andador, bastón) para caminar con más seguridad.			
7	Incluye en su dieta diaria alimentos ricos en calcio y vitamina D (leche, queso, yogurt, huevo, quinua).			
8	Consume diariamente café, té, bebidas gaseosas.			
9	Controla su peso periódicamente.			

10	Se para bruscamente al levantarse de la silla y/o cama.			
11	Realiza un control médico periódico para detectar tempranamente problemas de salud.			
12	Observa diariamente sus pies en busca de lesiones o pequeñas heridas.			
13	Realiza cuidado de sus uñas del pie, periódicamente.			
14	Usa frecuentemente calzado cómodo (con suela antideslizante, sin taco, a su medida).			
15	El calzado que Ud. utiliza es con pasadores.			
16	Consume bebidas alcohólicas.			
17	Sólo toma medicamentos que el médico le indica.			
18	En caso de tomar un nuevo medicamento solicita al doctor información sobre sus efectos (sueño, mareos, hipertensión).			
19	Mantiene los ambientes de la casa con buena iluminación.			
20	Mantiene los pasillos de la casa libres de obstáculos (alfombras, cables eléctricos, juguetes).			
21	Su piso le permite desplazarse adecuadamente sin tropiezos (piso resbaladizo y/o mojado, falso, grietas, desniveles).			
22	Camina descalzo o en medias por la casa.			
23	Cuando acude al baño (bañarse, necesidades, etc), hace uso de barandas o manijas.			
24	Conserva los objetos de uso diario al alcance de la mano.			
25	Levanta objetos pesados.			
26	Sube a bancos o sillas para alcanzar cosas que están en lugares altos.			
27	Cruza la calle por el paso peatonal o esquinas sin correr.			
28	Se sostiene del pasamano para subir o bajar del vehículo de transporte público.			
29	Ud. recibe ayuda cuando utiliza los medios de transportes.			
30	En la calle evita pasar por lugares con agua, barro o suelos deteriorados.			
31	Mira directamente a las luces de los carros al atravesar la calle.			
32	Sale acompañado cuando acude a lugares con mucha gente (hospital, posta, mercado, etc.).			

ANEXO 2

V DE AIKEN

Para la validez, los cuestionarios fueron sometidos a criterio del juez de expertos, quienes estuvieron conformados por 3 profesionales expertos en la materia, y que dieron su veredicto de aceptable para con los instrumentos.

Tabla 1. V de Aiken

Criterio/juez	Juez 1	Juez 2	Juez 3
Claridad	1	1	0.75
Objetividad	1	1	0.75
Actualidad	0.75	1	0.75
Organización	0.75	1	0.75
Suficiencia	1	1	0.75
Intencionalidad	1	1	0.75
Consistencia	0.75	1	0.75
Coherencia	1	0.75	0.75
Pertinencia	0.75	1	0.75
Metodología	1	1	0.75
	0.9	0.975	0.75
V de Aiken total	0.875		

Fuente: elaboración propia

Como podemos observar en la tabla, se muestra la V de Aiken, quien muestra la concordancia de los expertos con respecto al cuestionario, concluyendo que el instrumento es aceptable (0.875), y está apto para medir lo que pretende medir.

ANEXO 3

ANALISIS DE CONSISTENCIA INTERNA

Estadísticas del total de elementos

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
P1	22,43	117,082	,473	,926
P2	22,67	115,954	,598	,924
P3	22,30	120,424	,342	,928
P4	22,20	116,028	,636	,924
P5	22,67	113,885	,740	,922
P6	22,40	117,283	,482	,926
P7	22,97	117,068	,513	,925
P8	22,63	119,826	,283	,929
P9	22,40	117,145	,529	,925
P10	22,77	115,564	,514	,926
P11	22,57	116,668	,436	,927
P12	22,77	113,013	,699	,922
P13	22,47	112,051	,683	,922
P14	22,63	112,033	,737	,922
P15	22,07	117,306	,645	,924
P16	22,47	114,671	,639	,923
P17	23,03	118,792	,470	,926
P18	22,27	114,133	,683	,923
P19	23,00	115,034	,602	,924
P20	23,00	117,034	,512	,925
P21	22,53	115,637	,727	,923
P22	22,90	114,438	,761	,922
P23	22,90	122,576	,136	,932
P24	22,57	112,116	,824	,920
P25	23,00	117,586	,515	,925

Fuente: Elaboración propia

No se consideró eliminar ningún ítem del instrumento, puesto que el valor del alfa de cronbach es muy confiable, y mide de manera excelente a la variable Capacidad de autocuidado en la prevención de caídas en adultos mayores.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,927	25

Fuente: Elaboración propia

En la tabla se muestra la prueba de Fiabilidad mediante alfa de Cronbach, quien arrojó un valor de 0.927, siendo este valor muy confiable, por lo tanto, el instrumento está apto para medir lo que pretende medir.

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo....., identificado con DNI:....., declaro que he leído el cuestionario que me ha entregado la investigadora Martha Cecilia Gutiérrez Capuñay, egresada de la Escuela de enfermería de la UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO. He recibido suficiente información sobre la investigación titulada: “CAPACIDAD DE AUTOCAUIDADO EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD JOSE QUIÑONES GONZALES – CHICLAYO 2019”. El objetivo de la investigación es Determinar la capacidad de autocuidado en la prevención de caídas en adultos mayores que acuden al Centro de Salud José Quiñones Gonzáles – Chiclayo 2019.

Respecto a mi participación me han explicado que consiste en responder 32 preguntas relacionadas con la capacidad de autocuidado en la prevención de caídas. La participación en este trabajo de investigación es voluntaria y tengo la plena libertad de decidir si deseo participar o no participar del estudio, lo podre hacer sin tener que explicar mis motivos. A fin de proteger mi privacidad, la información y datos obtenidos serán codificados y no llevarán mi nombre. Declaro que acepto prestar libremente mi conformidad para participar en la investigación.

Fecha: / /

Firma del participante

ANEXO 5

Sexo de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud José Quiñones Gonzáles – Chiclayo 2019

SEXO	N	%
F	80	71.4
M	32	28.6
Total	112	100

ANEXO 6

Edad de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud José Quiñones Gonzáles – Chiclayo 2019

Edad	N	%
60-69	55	49.1%
70-79	43	38.4%
80-89	12	10.7%
90-99	2	1.8%
TOTAL	112	100.0%

ANEXO 7

Estado Civil de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud José Quiñones Gonzáles – Chiclayo 2019

Estado Civil	N	%
Viudo	38	33.9%
Casado	35	31.3%
Conviviente	30	26.8%
Soltero	9	8.0%
TOTAL	112	100.0%

ANEXO 8

Grado de Instrucción de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud José Quiñones Gonzáles – Chiclayo 2019

Grado de Instrucción	N	%
Sin Instrucción	5	4.4%
Primaria Completa	29	25.9%
Primaria Incompleta	46	41.1%
Secundaria Completa	7	6.3%
Secundaria Incompleta	22	19.6%
Superior Completa	1	0.9%
Superior Incompleta	2	1.8%
TOTAL	112	100.0%

ANEXO 9

Los adultos mayores que acuden al Centro de Salud José Quiñones Gonzáles – Chiclayo 2019, actualmente viven.

Actualmente viven	N	%
Solos	20	17.9%
Cónyuge	33	29.4%
Familiares	59	52.7%
Otros	0	0%
TOTAL	112	100.0%

ANEXO 10

LIBRO DE PUNTUACIONES DEL CUESTIONARIO

Libro1 - Excel

ArchivoInicioInsertarDiseño de páginaFórmulasDatosRevisarVista¿Qué desea hacer?

Pegar

Portapapeles

Calibri11A A

Fuente

Alineación

Ajustar texto

Combinar y centrar

General

Número

Formato condicional

Dar formato como tabla

Estilos de celda

Insertar

Eliminar

Formato

Celdas

Autosuma

Rellenar

Borrar

Ordenar y filtrar

Buscar y seleccionar

Modificar

B1

</

Excel interface showing a spreadsheet with columns labeled AX through CX and rows numbered 1 through 33. The ribbon includes tabs like Archivo, Inicio, Insertar, etc. The status bar at the bottom shows 'Listo' and 'Escribe aquí para buscar'.

ANEXO 11
FORMATO DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TITULO DE TESIS: “CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD JOSE QUIÑONES GONZALES – CHICLAYO 2019”

I. DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y nombres del opinante : _____
- 1.2 Institución donde labora : _____
- 1.3 Nombre del instrumento : _____
- 1.4 Maestrante : _____

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

CRITERIOS	INDICADORES	VALORACIONES				
		DEFICIENTE	REGULAR	BUENO	MUY BUENO	EXCELENTE
CLARIDAD	Está formulado con lenguaje comprensible.					
OBJETIVIDAD	Permite registrar información sobre las variables que se investigan.					
ACTUALIDAD	Adecuada al avance de la ciencia sobre el tema que se investiga.					
ORGANIZACIÓN	Está estructurado lógicamente.					
SUFICIENCIA	Cubre todas las dimensiones de las variables en estudio.					
INTENCIONALIDAD	Adecuado para los propósitos de la investigación.					
CONSISTENCIA	Se sustentan fundamentos teóricos o científicos.					
COHERENCIA	Hay relación entre los ítems.					
PERTINENCIA	Es apropiado al problema de estudio.					
METODOLOGÍA	Se hace posible el acopio de información con rigor científico.					

OPINIÓN DE APLICABILIDAD

PROMEDIO DE VALORACIÓN

DNI:

TELÉFONO:

FIRMA DEL EXPERTO



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TITULO DE TESIS: "CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN LA PREVENCIÓN DE CAIDAS EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD JOSE QUIÑONES GONZALES –CHICLAYO 2019"

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y nombres del opinante
- 1.2. Institución donde labora
- 1.3. Nombre del instrumento
- 1.4. Maestrante

Leguía Cerna Juan Alberto.
UNSA
Adecuado en Prevención de Caídas
Centros de Investigación Cien

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

CRITERIOS	INDICADORES	VALORACIONES				
		DEFICIENTE	REGULAR	BUENO	MUY BUENO	EXCELENTE
CLARIDAD	Está formulado con lenguaje comprensible.					X
OBJETIVIDAD	Permite registrar información sobre las variables que se investigan					X
ACTUALIDAD	Adecuada al avance de la ciencia sobre el tema que se investiga					X
ORGANIZACIÓN	Está estructurado lógicamente					X
SUFICIENCIA	Cubre todas las dimensiones de las variables en estudio					X
INTENCIONALIDAD	Adecuado para los propósitos de la investigación					X
CONSISTENCIA	Se sustentan fundamentos teóricos o científicos					X
COHERENCIA	Hay relación entre los ítems				X	
PERTINENCIA	Es apropiado al problema de estudio					X
METODOLOGÍA	Se hace posible el acopio de información con rigor científico					X

OPINIÓN DE APLICABILIDAD

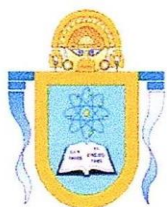
APLICABLE CON Grupos Personales / HACEN UNO LOS PREGUNTAS
849 y 24728.

PROMEDIO DE VALORACIÓN

EXCELENTE

DNI: *43647258*
TELÉFONO: *959503011*

[Firma]
FIRMA DEL EXPERTO
Médico Geriatra
RNE: 31234
Hospital Nacional
51



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TITULO DE TESIS: "CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD JOSE QUIÑONES GONZALES – CHICLAYO 2019"

I. DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y nombres del opinante : Escobar Morán Isabel Cristina
 1.2 Institución donde labora : HNAAA
 1.3 Nombre del instrumento : Autocuidado en Prevención de Caídas.
 1.4 Maestrante : _____

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

CRITERIOS	INDICADORES	VALORACIONES				
		DEFICIENTE	REGULAR	BUENO	MUY BUENO	EXCELENTE
CLARIDAD	Está formulado con lenguaje comprensible.				X	
OBJETIVIDAD	Permite registrar información sobre las variables que se investigan.				X	
ACTUALIDAD	Adecuada al avance de la ciencia sobre el tema que se investiga.				X	
ORGANIZACIÓN	Está estructurado lógicamente.				X	
SUFICIENCIA	Cubre todas las dimensiones de las variables en estudio.				X	
INTENCIONALIDAD	Adecuado para los propósitos de la investigación.				X	
CONSISTENCIA	Se sustentan fundamentos teóricos o científicos.				X	
COHERENCIA	Hay relación entre los ítems.				X	
PERTINENCIA	Es apropiado al problema de estudio.				X	
METODOLOGÍA	Se hace posible el acopio de información con rigor científico.				X	

OPINIÓN DE APLICABILIDAD

Aplicable después de corregir

PROMEDIO DE VALORACIÓN

muy bueno

DNI: 03886043

TELÉFONO: 966223114

Isabel Cristina Escobar Morán
FIRMA DEL EXPERTO
 LIC. EN ENFERMERÍA
 CEP. 28771
 REG. EN. 012965



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TITULO DE TESIS: "CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD JOSE QUIÑONES GONZALES – CHICLAYO 2019"

I. DATOS GENERALES:

1.1 Apellidos y nombres del opinante : SAMILLÁN GONZALES DE CARRASCAL MARÍA E.
 1.2 Institución donde labora : UDCH
 1.3 Nombre del instrumento : AUTOCUIDADO EN PREVENCIÓN DE CAÍDAS.
 1.4 Maestrante : _____

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

CRITERIOS	INDICADORES	VALORACIONES				
		DEFICIENTE	REGULAR	BUENO	MUY BUENO	EXCELENTE
CLARIDAD	Está formulado con lenguaje comprensible.					X
OBJETIVIDAD	Permite registrar información sobre las variables que se investigan.					X
ACTUALIDAD	Adecuada al avance de la ciencia sobre el tema que se investiga.				X	
ORGANIZACIÓN	Está estructurado lógicamente.				X	
SUFICIENCIA	Cubre todas las dimensiones de las variables en estudio.					X
INTENCIONALIDAD	Adecuado para los propósitos de la investigación.					X
CONSISTENCIA	Se sustentan fundamentos teóricos o científicos.				X	
COHERENCIA	Hay relación entre los ítems.					X
PERTINENCIA	Es apropiado al problema de estudio.				X	
METODOLOGÍA	Se hace posible el acopio de información con rigor científico.					X

OPINIÓN DE APLICABILIDAD

APLICABLE

PROMEDIO DE VALORACIÓN

EXCELENTE

DNI: 16413868

TELÉFONO: 947984711

FIRMA DEL EXPERTO

Maria Samillán González De Carrascal
 Dra. María E. Samillán Gonzáles De Carrascal
 DOCENTE UNIVERSITARIO
 CEP : 16400

ANEXO 12

DOCUMENTO DE AUTORIZACIÓN PARA EJECUCIÓN DE PROYECTO



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Señora.-

MC. TULA BERNARDITA SÁNCHEZ LÓPEZ

Medico Jefe del Centro de Salud José Quiñones Gonzales

**ASUNTO: SOLICITO AUTORIZACIÓN PARA
EJECUCIÓN DE PROYECTO.**

Nombre: **Martha Cecilia Gutierrez Capuñay.**

Documento (s): **76287647**

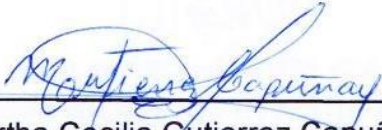
Ante Ud. con el debido respeto me presento y digo: Que, siendo egresada de la Escuela Profesional de **Enfermería**, de la Universidad Particular de Chiclayo, me encuentro apta para ejecutar mi trabajo de investigación TITULADO: **“CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD JOSE QUIÑONES GONZALES – CHICLAYO 2019”**, motivo por el cual solicito a Usted la **AUTORIZACIÓN** para ejecutar el mencionado proyecto, en su prestigiosa entidad.

Agradeciendo la atención a la presente, le reitero las muestras de mi especial consideración.

ADJUNTO:

- Copia de Aprobación de proyecto de tesis.




Martha Cecilia Gutierrez Capuñay.

ANEXO 13

CONSTANCIA DE EJECUCIÓN DE PROYECTO DE TESIS



**GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD LAMBAYEQUE
RED SALUD CHICLAYO
CENTRO DE SALUD "JOSE QUIÑONES GONZALES"**

"Año de la Universalización de la Salud"

CONSTANCIA

MG. YANET M. BENAVIDES FERNÁNDEZ
Jefe del Centro de Salud José Quiñones.

HACE CONSTAR:

Que la Srta. Martha Cecilia Gutierrez Capuñay, identificada con DNI N° 76287647, Bachiller de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Particular de Chiclayo, ha ejecutado su proyecto de tesis titulado: **"CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD JOSÉ QUIÑONES GONZÁLES – CHICLAYO 2019"**; desde el 2 de Octubre hasta el 4 de Noviembre del 2019. Desempeñándose con responsabilidad, puntualidad, esmero y dedicación.

Se expide la presente constancia a solicitud de la parte interesada, para los fines que se estime conveniente.

Chiclayo, 20 de Febrero del 2020

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD

Mg. Yanet M. Benavides Fernández
C.E.P. 62864
JEFE DE C.S. JOSÉ QUIÑONES

"SALUD UNA NUEVA ACTITUD"

Av. Tumbes y Sargento Lores S/N – Urb. Satélite – Telf. 200803- Chiclayo
Correo Electrónico: csquinones@geresalambayeque.gob.pe