



**FACULTAD DE OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**AUTOCUIDADO EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS QUE TIENE  
EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL CENTRO INTEGRAL DEL  
ADULTO MAYOR DE BARRANCO  
PERIODO ENERO A MARZO 2015**

**PRESENTADA POR  
JOHANA MARISA TORRES BLAS**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA EN  
ENFERMERÍA**

**LIMA – PERÚ**

**2015**



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual  
CC BY-NC-SA**

El autor permite transformar (traducir, adaptar o compilar) a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**USMP**  
UNIVERSIDAD DE  
SAN MARTÍN DE PORRES

FACULTAD DE  
OBSTETRICIA Y ENFERMERÍA

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**AUTOCUIDADO EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS QUE TIENE  
EL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL CENTRO INTEGRAL DEL  
ADULTO MAYOR DE BARRANCO  
PERIODO ENERO A MARZO 2015**

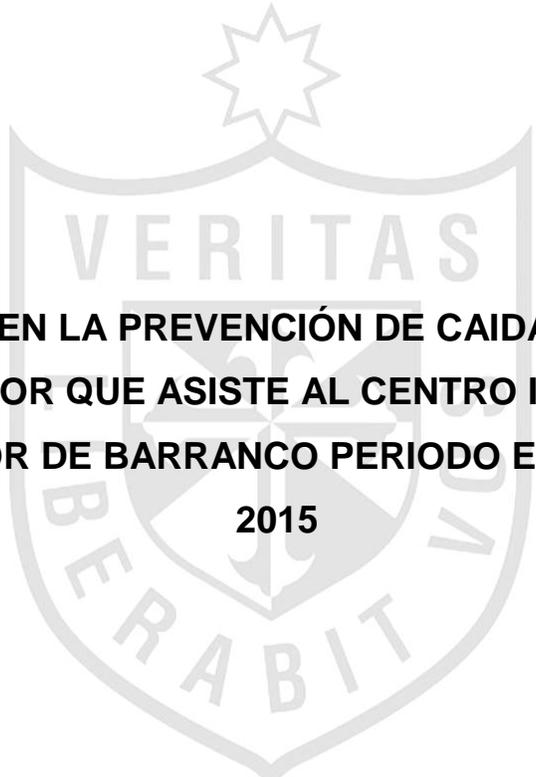
TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTADO POR:  
**TORRES BLAS JOHANA MARISA**

LIMA, PERÚ

2015



**AUTOCUIDADO EN LA PREVENCIÓN DE CAIDAS QUE TIENE EL  
ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL CENTRO INTEGRAL DEL  
ADULTO MAYOR DE BARRANCO PERIODO ENERO A MARZO  
2015**



### **DEDICATORIA**

A Dios, por iluminarme

A mi mamá y hermanos,

por ser mi motivación día a día

A mi querida Charito, por ser el

motivo de esta tesis

A mis familiares y amigos

## **AGRADECIMIENTOS**

A las docentes de la Escuela Profesional de Enfermería, por inculcar el amor a la profesión.

A mi asesora Mg. Antonieta Bazalar, por su apoyo y asesoría durante la realización de la presente investigación.

A la Sra. Alejandra Vásquez encargada del CIAM y al alcalde de Barranco por brindarme las facilidades y el apoyo para la realización del trabajo de investigación.

Al Lic. Cesar Córdova por su apoyo y guía en la realización de esta investigación.

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
<b>TITULO</b>	<b>ii</b>
<b>DEDICATORIA</b>	<b>iii</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b>	<b>iv</b>
<b>INDICE</b>	<b>v</b>
<b>INDICE DE TABLAS</b>	<b>vi</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>vii</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>viii</b>
<b>CAPITULO I. INTRODUCCION</b>	<b>01</b>
<b>CAPITULO II. MATERIAL Y MÉTODO</b>	<b>10</b>
2.1 DISEÑO METODOLOGICO	10
2.2 POBLACION	10
2.3 ESTUDIO DE LA VARIABLE	10
2.4 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	12
2.5 TECNICAS PARA EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION	13
2.6 ASPECTOS ETICOS	13
<b>CAPITULO III. RESULTADOS</b>	<b>14</b>
<b>CAPITULO IV. DISCUSIÓN</b>	<b>21</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>26</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>27</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	<b>28</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>31</b>

## INDICE DE TABLAS

Pág.

Tabla 1: Nivel de Autocuidado relacionado a los factores de riesgo intrínsecos responsables de caídas en adultos mayores del CIAM Enero – Marzo 2015

32

Tabla 2: Nivel de Autocuidado relacionado a los factores de riesgo extrínsecos responsables de caídas en adultos mayores del CIAM Enero – Marzo 2015

33



## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar el nivel de autocuidado en la prevención de caídas que tiene el adulto mayor que acude al Centro Integral del Adulto Mayor de Barranco, enero a marzo 2015. **Materiales y métodos:** Estudio cuantitativo, de tipo descriptivo y de corte transversal, se trabajó con 70 adultos mayores autovalentes que asistente regularmente al CIAM, para la recolección de datos. Se aplicó un cuestionario elaborado y validado por Camino María del pilar, quien reporta una confiabilidad de 0.61 y validez por juicio de expertos  $p = 0.039$ . **Resultados:** El nivel de autocuidado relacionado a los factores intrínsecos fue predominantemente medio (54.3%), bajo (24.3%) y alto (21.4%), destacando acciones como: realización de actividades físicas (65.7%), uso frecuente de zapatos cómodos (80%) y el no consumo de alcohol (90%); el nivel de autocuidado relacionado a los factores extrínsecos alcanzó un nivel medio (52.9%), bajo (27.1%) y alto (20%), las acciones que fomentan el autocuidado son: el mantenimiento de la iluminación en los ambientes de la vivienda (95.7%), con pasillos libres de obstáculos (82.9%), objetos de uso diario al alcance de la mano (80%), pisos limpios no resbalosos (70%) y uso de pasamanos en los vehículos al trasladarse fuera del hogar (91.4%). **Conclusiones:** El nivel de autocuidado en la prevención de caídas del adulto mayor fue medio tanto para el control de los factores intrínsecos y extrínsecos.

**Palabra clave:** Autocuidado, adulto mayor, prevención en caídas.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the level of self-care in the prevention of falls that has the highest adult who attends the Comprehensive Center for the Elderly of Barranco January through March 2015. **Materials and methods:** quantitative study, descriptive and cross-sectional worked 70 functionally independent seniors who regularly assistant CIAM, to collect datos. Se applied a questionnaire developed and validated by Camino Maria del Pilar, who reports a 0.61 reliability and validity by expert judgment  $p = 0.039$ . **Results:** The level of self-care related to intrinsic factors was predominantly medium (54.3%), low (24.3%) and high (21.4%), highlighting actions such as physical activities (65.7%), frequent use of comfortable shoes (80%) and non-alcohol consumption to (90%); the level of self-care related to extrinsic factors reached an average level (52.9%), low (27.1%) and high (20%), actions that promote self-care are the maintenance of the lighting in the rooms of the home (95.7%), with aisles of obstacles (82.9%), objects of daily use to reach (80%), clean floors not slip-sos (70%) and using handrails on vehicles moving outside the ho -gar (91.4%). **Conclusions:** The level of self-care in the prevention of falls the elderly was a means to control both in-trínsecos factors and extrinsic.

**Keyword:** Self-care, elderly, falls prevention.

## CAPITULO I

### INTRODUCCION

La salud de la población es el objetivo prioritario para la Organización Mundial de la Salud, respecto al mejoramiento de las condiciones de vida se considera que la atención primaria es la mejor estrategia para lograr la salud y el bienestar de la población, principalmente enfatizando la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

En la carta de Ottawa de 1986 la salud se percibe no como un objetivo sino como una fuente de riqueza de la vida cotidiana que es el resultado del autocuidado, el cuidado a los demás, la capacidad de tomar decisiones y controlar su propia vida y de asegurar a la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de una buena salud".<sup>1</sup>

Uno de los objetivos de la OMS es motivar a las personas a que una de sus metas sea mantenerse saludable, sepan cómo mantenerse sanas, en este planteamiento, el autocuidado se convierte en la principal estrategia para lograr dichos objetivos. Según Orem<sup>2</sup>, en su teoría de la enfermería sobre el autocuidado, lo define como "la práctica de actividades que una persona inicia y realiza por su propia voluntad para mantener la vida, la salud y el bienestar". Afirma que el autocuidado es una conducta que se aprende y surge de combinaciones de experiencias cognitivas y sociales. Según Coppard<sup>3</sup>, el autocuidado comprende todas las acciones y decisiones que toma una persona dirigidas a mantener y mejorar la salud para prevenir, diagnosticar y tratar su enfermedad y las decisiones de utilizar los sistemas de apoyo formales e informales de salud.

En consecuencia el autocuidado constituye la capacidad de las personas de asumir en forma voluntaria el cuidado y el mantenimiento de su salud y así prevenir enfermedades mediante el conocimiento y prácticas, se requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir el curso de acción apropiado para que

puedan vivir activos y saludables, su importancia radica en mantener la capacidad funcional y prevenir algunas enfermedades.

Se trata de un concepto de vital importancia, más aun en la persona adulta mayor, ya que la involucra como actor competente con capacidad para tomar decisiones, controlar su propia vida y asegurarse la posibilidad de gozar de un buen estado de salud. En este sentido, el autocuidado permitirá alcanzar una mejor calidad de vida, a través del fortalecimiento del potencial de autonomía y de la responsabilidad en sí mismos, indispensables para tener un envejecimiento pleno y saludable<sup>4</sup>.

Se pretende que el adulto mayor logre en lo posible una longevidad satisfactoria. Para conseguir una mejor calidad de vida del adulto mayor se debe lograr asumir voluntariamente el cuidado de su propia salud, es decir, practicar el Autocuidado, lo que le ayudará a mantener un envejecimiento seguro y saludable en esta etapa. El adulto mayor es un ser humano que integra un grupo de riesgo para múltiples enfermedades y disfunciones orgánicas, derivadas del proceso natural de envejecimiento. Dentro de las lesiones a las que se ve expuesto, una de las más importantes, son las caídas, ya que dada la fragilidad del adulto mayor, pueden tener enormes repercusiones sobre la salud del individuo, principalmente fracturas, las cuales derivan en limitación funcional, dependencia e inmovilidad.

Las caídas son fenómenos frecuentes que afecta a gran parte de la población de personas mayores, es considerado un importante problema mundial de salud pública. Se denomina así a los accidentes que con mayor frecuencia se presentan en esta edad. Llámese caídas a: la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo de forma repentina e involuntaria".<sup>5</sup> Se calcula que anualmente se producen 424, 000 caídas mortales, lo que convierte a las caídas en la segunda causa mundial de muerte por lesiones no intencionales, por detrás de los traumatismos causados por el tránsito. Más del 80% de las muertes relacionadas con caídas se registran en países de bajos y medianos ingresos, y más de dos terceras partes de esas muertes se producen en las Regiones del Pacífico Occidental y Asia Sudoriental. Las mayores tasas de mortalidad por esta causa corresponden en todas las regiones del mundo a los mayores de 60 años.<sup>6</sup>

Cada año se producen 37,3 millones de caídas que, aunque no sean mortales, requieren atención médica y suponen la pérdida de más de 17 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD). La edad es uno de los principales factores de riesgo de las caídas, los ancianos son quienes corren mayor riesgo de muerte o lesión grave por caídas, y el riesgo aumenta con la edad, por ejemplo, en los Estados Unidos de América un 20 a 30% de las personas mayores que se caen sufren lesiones moderadas o graves, tales como hematomas, fracturas de cadera o traumatismos craneoencefálicos. La magnitud del riesgo puede deberse, en parte, a los trastornos físicos, sensoriales y cognitivos relacionados con el envejecimiento, así como a la falta de adaptación del entorno a las necesidades de la población de edad avanzada.<sup>6</sup>

Las estrategias de prevención de las caídas deben ser integrales y polifacéticas; dar prioridad a la investigación y a las iniciativas de salud pública para definir mejor la carga, explorar los factores de riesgo y utilizar estrategias preventivas eficaces; apoyar políticas que creen entornos más seguros y reduzcan los factores de riesgo; fomentar medidas técnicas que eliminen los factores que posibilitan las caídas; impulsar la formación de los profesionales sanitarios en materia de estrategias preventivas basadas en datos científicos, y promover la educación individual y comunitaria para aumentar la concienciación.

A pesar de ser las caídas una adaptación del adulto mayor a su entorno, los mecanismos causales directos de caídas aún son bien conocidos, pero parece que en un gran número de casos el frágil equilibrio existente entre las capacidades del individuo y las dificultades del entorno son las causales. Si bien es cierto que el envejecimiento condiciona una serie de modificaciones en el organismo, cuando se suman otros factores, dentro de los que tienen especial importancia aquellas que afectan a los mecanismos de control del equilibrio en estática y marcha, y a la capacidad de respuesta rápida ante el desequilibrio. Las aferencias sensoriales dependen de los sistemas: visual, neurosensorial periférico y vestíbulo laberíntico. A nivel osteoarticular frecuentemente encontramos alteraciones biomecánicas que predisponen a la aparición de caídas ya que existe tendencia a desplazar el centro de gravedad como compensación del aumento de la cifosis dorsal y las articulaciones de carga (cadera, rodilla, pie) sufren modificaciones de evidente repercu-

sión funcional. Debe destacarse también que junto a estos, la polifarmacia, debilidad muscular en las piernas y la hipotensión ortostática son los principales perpetuadores de caídas a menos que estas condiciones sean atacadas.<sup>7</sup>

Tradicionalmente, se han considerado como sucesos fortuitos o como una consecuencia inevitable del envejecimiento, se dice que las caídas son "predecibles" y por tanto se pueden prevenir, no se deben al envejecimiento normal del individuo. Son uno de los indicadores más importantes a la hora de establecer criterios que permiten identificar al "anciano frágil", ya que los ancianos frágiles se caen más (tres veces más) que los vigorosos.<sup>8</sup>

Se sabe que la vida del adulto mayor cambia radicalmente después de una caída frecuentemente el paciente disminuye sus actividades tras la caída y se hace más dependiente. Para una persona joven, una caída es un accidente, pero para una persona mayor puede ser el síntoma que le revele que su capacidad física no es lo que era. Es un reto para las organizaciones sanitarias y profesionales que asisten a esta etapa de vida, que mediante políticas de prevención tanto a nivel comunitario, medio residencial como hospitalario, se puede disminuir la incidencia y prevalencia del fenómeno de las caídas tanto en términos de morbimortalidad como en su repercusión económica y social.

Una investigación de la Fundación MAPFRE<sup>9</sup>, reveló que el 29% de los adultos mayores de 65 años se cayó durante 2011, el 56,7% fuera del hogar pero el 43,3% restante dentro de su propio domicilio, principalmente en el dormitorio, patio, comedor, cocina y baño. Los mareos o tropiezos fueron los motivos más comunes; en el 22,7% de los casos se produjeron fracturas y en el 48,5% contusiones y golpes; respecto a la frecuencia, el 60% se cayó solo una vez, el 16,3% dos veces, el 13,8% tres veces, el 9,9% cuatro o más veces durante el año pasado; asimismo se identificaron como "segmentos más vulnerables a las caídas" las mujeres (34%), llegando a los 80 años o más (35,5%), quienes no están en pareja (34%) y quienes no conviven con nadie (37%); también se verificó una mayor pre

valencia de caídas entre quienes necesitan ayuda para realizar actividades diarias (42,6%). Y se detectó un (59%) de los baños de las viviendas de los adultos mayores no tienen barandas y estas podrían ser medidas de prevención de accidentes o caídas, especialmente en el baño; mientras que cuatro de cada diez adultos mayores tienen muebles u objetos que obstaculizan la circulación.

Ruelas G. & Salgado<sup>10</sup> elaboraron el estudio: “lesiones accidentales en adultos mayores” en la ciudad de Cuernavaca-México; concluyendo que (37%) notificaron lesiones a causa de caídas en un (54%), en el hogar fue el sitio con el mayor número de accidentes (52%) los factores de riesgo asociados fueron: edad avanzada (20%), mayor consumo de medicamentos (28%) y bebidas alcohólicas (34.5%), apoyo familiar inadecuado (17.5%).

Según el Dr Aldo Sgaravati en un artículo de geriatría gerontológica en el año 2011, refiere que las caídas reiteradas deben de considerarse como indicadores de una situación de fragilidad o tendencia a la discapacidad y son tanto el resultado como la causa de patología diversas, la caídas tiene sus propios factores de riesgo perfectamente identificados. La contribución relativa de cada factor de riesgo difiere según la situación médica individual subyacente, la situación funcional y las características del entorno. Los factores responsables de una caída pueden ser intrínsecos (relacionados con el propio paciente) o extrínsecos (derivada de la actividad del entorno).

En el año 2014, la población peruana de 60 y más años de edad representa el 9,4% de la población total del país, en términos absolutos, supera los 2 millones 907 mil personas; en el año 2021, se estima que la proporción de adultos mayores se incrementará a 11,2%. El mayor porcentaje de adultos mayores residen actualmente en los departamentos de Arequipa y Moquegua, ambos con 10,9%, Lima y la Provincia Constitucional del Callao albergan el 10,7% de población adulta mayor.<sup>12</sup>

En los distritos de Lima Centro reside el 29,6% de adultos mayores, siendo los distritos de Santiago de Surco y Lima Cercado los más poblados con este grupo poblacional. En segundo lugar con 22,9% se ubican, en conjunto, los distritos de Lima Norte, liderado por los distritos de San Martín de Porres y Comas como los

de mayor población adulta mayor. Con 21,6% de adultos mayores se ubican los distritos que conforman Lima Este, destacando el número de adultos mayores en San Juan de Lurigancho y Ate. En Lima Sur, el mayor número de adultos mayores residen en los distritos de Villa María del Triunfo, San Juan de Miraflores, Villa El Salvador y Chorrillos. Finalmente en el ámbito de la Provincia Constitucional del Callao reside el 10,3% de adultos mayores de Lima Metropolitana, siendo el Callao Cercado el distrito con mayor población de adultos mayores.<sup>12</sup>

El distrito de Barranco (Lima Centro) cuenta con una población adulta mayor de 6,036 personas, del 100% de las personas adultas mayores que ingresaron al servicio de emergencia del Hospital Casimiro Ulloa en el año 2013 el 32.5% fueron de sexo masculino y el 67.4% fueron de sexo femenino, el 18.4% ingresaron a causas de diferentes fracturas (cadera, muñeca, mano, cabeza, pie), el 15.4 % ingresaron por presentar heridas, el 12.9% por causa de diferentes contusiones. Durante el primer trimestre del año 2014, la población adulta mayor que ingresó al nosocomio está representada por un 32.9% de sexo masculino y un 67% de sexo femenino, el 17% ingresando a causa de fracturas, el 15.8% presentaron diversas heridas y el 13.4% presentaron algún traumatismo, observando el mantenimiento de las cifras estadísticas en cuanto a la epidemiología del adulto mayor en el distrito de Barranco.<sup>14</sup>

En el Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM) de Barranco se atiende a 70 adultos mayores adscritos hasta la actual fecha, se ha observado durante el primer trimestre del 2014 una tasa de deserción del 30% a causa de la incapacidad, debilidad, falta de apoyo familiar para el traslado, entre otros motivos no especificados; es labor del profesional de enfermería garantizar la efectividad de los programas de salud a nivel preventivo y de promoción que fomenta el CIAM, una de las funciones de la enfermera es justamente orientar, motivar, en forma permanente tanto al adulto mayor, familia y comunidad con la finalidad que este grupo etario retome sus actividades y su autonomía.

El profesional de enfermería como parte del equipo de salud tiene como responsabilidad lograr el autocuidado del adulto mayor, especialmente para prevenir las caídas, pues esto involucra brindar conocimientos tanto al paciente, familia y comunidad y fomentar la actuación para evitar consecuencias como: fracturas, he-

matomas, heridas, miedo de volver a caer, depresión, tristeza, aislamiento social, pérdida de autonomía y discapacidad.

Por la situación problemática planteada en los párrafos anteriores, se formula la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo es el nivel de autocuidado en la prevención de caídas que tiene el adulto mayor que asiste al Centro Integral del Adulto Mayor de Barranco periodo enero - marzo 2015?, cuyo objetivo general fue: Determinar el nivel de autocuidado en la prevención de caídas en el adulto mayor que acude al Centro Integral del Adulto Mayor de Barranco periodo enero - marzo 2015. Para ello se plantearon dos objetivos específicos: Identificar el nivel de autocuidado que tiene el adulto mayor para el control de los factores intrínsecos responsables de una caída y el segundo Identificar el nivel de autocuidado que tiene el adulto mayor para el control de los factores extrínsecos.

El informe de estudio comprende: Capítulo I: Introducción, que contiene el planteamiento del problema, la formulación del problema y los objetivos de la investigación. Capítulo II: Material y Método, que contiene el tipo de estudio, diseño de la investigación, población, procedimiento, técnica e instrumento de recolección de datos, procesamiento y análisis de la información y las consideraciones éticas. Capítulo III: Resultados, que consta del análisis descriptivo de los datos. Capítulo IV: Discusión, que consta del análisis e interpretación de los resultados, por último, el Capítulo V: Conclusiones, donde además se incluyen las recomendaciones, finalmente se mencionan bibliográficas y los anexos respectivos.



		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Automedicación e información sobre efectos adversos</li> </ul>	Ordinal
	<p><b>Control</b></p> <p><b>Factores</b></p> <p><b>Extrínsecos</b></p>	<p><b>Vivienda</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Iluminación</li> <li>• Obstáculos en la deambulación</li> <li>• Pisos resbalosos y mojados</li> <li>• Barandas en la ducha</li> <li>• Comportamientos de riesgo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• levantar objetos pesados</li> <li>• Subir bancos y sillas</li> </ul> </li> <li>• Camina descalzo</li> <li>• Se sostiene de barandas al bañarse</li> <li>• Ubicación del dormitorio</li> </ul> <p><b>Comunidad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cruzar la calle por el paso peatonal</li> <li>• Sostenerse bien de pasamanos al subir y bajar de los transportes públicos</li> <li>• Evitar cruzar en pisos mojados y deteriorados</li> <li>• Salir acompañado</li> </ul>	<p>Ordinal</p> <p>Ordinal</p>

## 2.4 Técnica de recolección de datos, descripción de instrumento

Para la recolección se utilizó la técnica de la entrevista y como instrumento un cuestionario elaborado y validado por Camino Salazar, María del Pilar, cuyo objetivo fue evaluar la capacidad de autocuidado del adulto mayor en la prevención de caídas, el instrumento presenta una confiabilidad equivalente a 0.61 según Alfa de Crombach y el juicio de expertos arrojó como resultado  $p = 0.039$ . Este consta de 26 ítems con una escala de Likert de 3 alternativas; 11 ítems que evalúan los factores intrínsecos y 15 ítems los factores extrínsecos asociados al autocuidado del adulto mayor. Para medir el nivel de autocuidado se aplicó la escala de Estaninos y las puntuaciones asignadas son las siguientes:

<i>Nivel de Autocuidado</i>	<i>Intrínsecos</i>	<i>Extrínsecos</i>	<i>Total</i>
<i>Alto</i>	Mayor a 29	Mayor a 42	Mayor a 70
<i>Medio</i>	Entre 25 y 29	Entre 38 y 42	Entre 64 y 70
<i>Bajo</i>	Menor a 25	Menor a 38	Menor a 64

Para la recolección de datos se realizó las siguientes tareas:

Se solicitó la autorización de la Municipalidad de Barranco enviando una solicitud a la alcaldía para que permitan realizar la investigación en el CIAM y se coordinó con el personal encargado del Centro Integral de Atención del Adulto Mayor.

La recolección de datos se llevó a cabo en el horario de lunes a viernes de 8:00am 12:00pm; la entrevista se realizó en la sala de espera en el momento de ingreso y en los intermedios de las reuniones del Club del Adulto Mayor, se acondicionó mesa y sillón para la encuesta, la cual tuvo una duración de 5 a 10 minutos por persona.

**2.5 Procesamiento de los datos.** El procesamiento de los datos se realizó usando el análisis computarizado, Se eligió el software estadístico SPSS ver. 21.0, Se elaboró un libro de códigos y se ingresó los datos para integrar una base de datos.

Para análisis descriptivo se utilizó la estadística descriptiva que permitió obtener frecuencia y porcentajes, los datos fueron presentados en tablas estadísticas.

## **2.6 Aspectos Éticos**

El presente estudio se rigió bajo los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, aplicada a las ciencias de la salud.

El investigador asumió a los sujetos de investigación como seres autónomos, evaluando su capacidad de disposición para participar y colaborar con el estudio a través del consentimiento informado, además, se respetó la confidencia de los datos brindados, los cuales son de uso exclusivo para el desarrollo del trabajo de investigación.



**CAPITULO III**  
**RESULTADOS**

**Tabla 1**

**Nivel de Autocuidado en la prevención de caídas en el adulto mayor CIAM**  
**Enero – Marzo, 2015**

<i>Nivel</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Bajo</i>	15	21.4
<i>Medio</i>	41	58.6
<i>Alto</i>	14	20.0
<i>Total</i>	70	100.0

De un total de 70 (100%) adultos mayores, solo el 20.0% (14) tiene un alto nivel de autocuidado respecto a los factores responsables de caídas, el 58.6% (41) tiene un nivel medio y 21.4% (15) tiene un nivel bajo.

**Tabla2**

**Nivel de Autocuidado para el control de los factores de riesgo intrínsecos responsables de caídas en adultos mayores CIAM Enero- Marzo, 2015**

<i>Nivel</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Bajo</i>	17	24.3
<i>Medio</i>	38	54.3
<i>Alto</i>	15	21.4
<i>Total</i>	70	100.0

De un total de 70 (100%) adultos mayores, solo el 21.4% (15) tiene un alto nivel de autocuidado respecto a los factores intrínsecos responsables de caídas, el 54.3% (38) tiene un nivel medio y 24.3% (17) tiene un nivel bajo.

**Tabla 3**

**Autocuidado para el control de los factores intrínsecos responsables de caídas en adultos mayores CIAM enero – marzo 2015**

Autocuidado	No		A veces		Si	
	n	%	n	%	n	%
Acude anualmente al especialista para controlarse algún problema de la vista	17	24.3%	31	44.3%	22	31.4%
Acude anualmente al especialista para realizarse una revisión del oído	26	37.1%	31	44.3%	13	18.6%
Realiza diariamente algún tipo de actividad física (baile, gimnasia, taichí, etc.)	2	2.9%	22	31.4%	46	65.7%
Evita pararse bruscamente al levantarse de la silla	22	31.4%	39	55.7%	9	12.9%
Evita pararse bruscamente al levantarse de la cama	24	34.3%	34	48.6%	12	17.1%
Realiza un control médico periódico para detectar tempranamente problemas de salud	6	8.6%	23	32.9%	41	58.6%
Observa diariamente sus pies en busca de lesiones o pequeñas heridas	14	20.0%	41	58.6%	15	21.4%
Usa frecuentemente calzado cómodo (con suela antideslizante, sin taco, a su medida)	2	2.9%	12	17.1%	56	80.0%
Evita consumir bebidas alcohólicas	1	1.4%	6	8.6%	63	90.0%
Ingesta de medicamentos indicados por el médico.	3	4.3%	45	64.3%	22	31.4%
Información sobre efectos adversos de los medicamentos.	18	25.7%	33	47.1%	19	27.1%

De un total de 70 (100%) adultos mayores, el 31.4% (22) acude a controlarse problemas de la vista, en menor proporción, solo el 18.6% (13) acude rutinariamente a revisarse el oído, el 65.7% (46) realiza diariamente alguna actividad física, el 31.4% (22) se levanta bruscamente de la silla, el 34.3% (24) se levanta bruscamente de la cama, el 58.6% (41) realiza controles médicos periódicos, solamente el 21.4% (15) de los adultos mayores observa diariamente sus pies en busca de lesiones, el 80% (56) usa frecuentemente calzado cómodo y el 90% (63) evita consumir bebidas alcohólicas, 64.3% (45) a veces toma medicamentos que el medico lo indica y 47.1% (33) a veces solicita información sobre sus efectos.



**Tabla 4**

**Nivel de Autocuidado para el control de los factores de riesgo extrínsecos responsables de caídas en adultos mayores CIAM Enero – Marzo, 2015**

<i>Nivel</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Bajo</i>	19	27.1
<i>Medio</i>	37	52.9
<i>Alto</i>	14	20.0
<i>Total</i>	70	100.0

De un total de 70 (100%) adultos mayores, solo el 20.0% (14) tiene un alto nivel de autocuidado respecto a los factores extrínsecos responsables de caídas, el 52.9% (37) tiene un nivel medio y 27.1% (19) tiene un nivel bajo.

**Tabla 5**

**Autocuidado para el control de los factores extrínsecos responsables de caídas en adulto mayores CIAM enero – marzo 2015**

Autocuidado	No		A veces		Si	
	n	%	n	%	n	%
Mantiene los ambientes de la casa con buena iluminación	0	0.0%	3	4.3%	67	95.7%
Mantiene los pasillos de la casa libres de obstáculos (alfombras, cables eléctricos)	1	1.4%	11	15.7%	58	82.9%
Evita tener suelos resbalosos en su casa (muy encerados, húmedos)	2	2.9%	19	27.1%	49	70.0%
Conserva los objetos de uso diario al alcance de la mano	1	1.4%	13	18.6%	56	80.0%
Evita levantar objetos pesados	6	8.6%	49	70.0%	15	21.4%
Evita subir a bancos o sillas para alcanzar cosas que están en lugares altos (cambiar la bombilla)	12	17.1%	42	60.0%	16	22.9%
Evita caminar descalzo (en medias) por la casa	1	1.4%	46	65.7%	23	32.9%
Al bañarse se sostiene de barandas o manijas	44	62.9%	18	25.7%	8	11.4%
Su dormitorio queda en el primer nivel de la casa	41	58.6%	3	4.3%	26	37.1%
Cruza la calle por el paso peatonal o esquinas sin correr	2	2.9%	52	74.3%	16	22.9%
Uso del pasamano para subir al vehículo de transporte público	1	1.4%	5	7.1%	64	91.4%
Uso del pasamano al bajar del vehículo de transporte público	0	0.0%	2	2.9%	68	97.1%
Evita pasar por lugares con agua o barro	2	2.9%	30	42.9%	38	54.3%
Evita pasar por lugares con suelos deteriorados	0	0.0%	32	45.7%	38	54.3%
Sale acompañado	55	78.6%	11	15.7%	4	5.7%

De un total de 70 (100%) adultos mayores, el 95.7% (67) mantiene los ambientes iluminados, 82.9% (58) mantiene los pasillos libre de obstáculos, el 70% (49) evita tener suelos resbalosos, 80% (56) mantiene los objetos de uso diario al alcance de la mano, el 70% (49) a veces levanta objetos pesados, el 60% (42) de los adultos mayores a veces sube a bancos para alcanzar objetivos, el 65.7% (46) camina descalzo en medias en casa, el 62.9% (44) no se sostiene de manijas al bañarse, 58.6% (41) tiene sus habitaciones en pisos elevados, el 74.3% (52) a veces cruza la calle por el paso peatonal sin correr, el 91.4% (64) se sostiene de un pasamano al subir a un vehículo, el 97.1% (68) se sostiene de un pasamano al bajar de un vehículo, el 54.3% (38) evitar pasar por agua o suelos deteriorados en la calle; por el contrario, el 78.6% (55) de adultos mayores no sale acompañado cuando acude a lugares públicos.



## CAPITULO IV

### DISCUSIÓN

El nivel de autocuidado en la prevención de caída en los adultos mayores, se encontró que el 58.6% es medio, el 21.4% es bajo y el 20% es alto.

Resultados similares a los obtenidos en el estudio de Camino Salazar María, en donde el 54.35% de los adultos mayores tienen una capacidad de autocuidado poco aceptable en la prevención de caídas, un 23.91% no aceptable y un 21.74% es aceptable.

El envejecimiento es un proceso universal, continuo, irreversible, dinámico, progresivo, inevitable, es parte del ciclo vital. El adulto mayor es un ser humano que constituye un grupo de riesgo para múltiples enfermedades y disfunciones orgánicas, derivadas del proceso natural de envejecimiento. Este hecho, hace se vea en constante riesgo de ser afectado por factores externos. Dentro de las lesiones a las que se ve expuesto, una de las más importantes, son las caídas, ya que dada la fragilidad del anciano, pueden tener enorme repercusión en la salud del individuo, principalmente fracturas, las cuales derivan en limitación funcional, dependencia, inmovilidad. Las caídas son un síndrome geriátrico más frecuente en los adultos mayores.

Si a estas condiciones propias del adulto mayor se unen factores que favorecen las caídas, por lo tanto la calidad de vida del adulto mayor se verá afectada. Siendo por ello importante fomentar el autocuidado para mejorar los estilos de vida saludable y la autovalencia del adulto mayor.

En relación al nivel de autocuidado para el control de los factores intrínsecos se encontró que el 54.3% tiene un nivel de autocuidado medio para prevenir caídas en el adulto mayor, el 24.3% tiene nivel bajo y el 21.4% tiene nivel alto, también se encontró que el 65.7% realiza diariamente actividad física, el 44.3% a veces se controla la vista, por otro lado el 37.1% no acude a una revisión del oído, el 90% evita el consumo de bebidas alcohólicas, el 58.6% realiza un control periódico al

médico, el 31.4% se para bruscamente de la silla, el 34.3% se levanta bruscamente de la cama, el 58.6% a veces observa sus pies, el 64.3% toma la medicación indicada solo por el médico y el 47.1% a veces se informa sobre los efectos adversos.

Estos resultados son similares con los resultados obtenidos en el estudio de Camino Salazar María, en donde el 54.3% de los adultos mayores tienen una capacidad de autocuidado poco aceptable en la prevención de caídas, un 23.91% no aceptable y un 21.74% es aceptable, se encontró en Machado Rosa y col., quien señala que el 66.7% presenta alteraciones visuales y auditivas, por otro lado Ruelas Guadalupe & Salgado Nelly reconocen que el consumo de bebidas alcohólicas están mucho más asociados a las caídas en un 35.4%, según Camino Salazar María que refiere, el 46% no realiza actividad física, el 85% evita el consumo de bebidas alcohólicas, el 52% realiza controles médicos, el 74% evita levantarse bruscamente de la silla, el 76% evita levantarse bruscamente de la cama y el 52% no observa sus pies, el 65% toma la medicación indicada solo por el médico y el 44% no solicita información sobre los efectos adversos.

Los factores intrínsecos son elementos o condiciones propios del individuo ligados a los cambios producidos por el envejecimiento que alteran la estática y la marcha del individuo, conducen a los adultos mayores a arrastrar los pies cuando caminan y a no levantarlos suficientemente por lo tanto las posibilidades de caer son mayores; asimismo los cambios en el control de la postura, afectan la estabilidad y el equilibrio, se sabe que en toda persona el mantenimiento de equilibrio depende de numerosas estructuras (vías aferentes y eferentes). Las referencias sensorial dependen de los sistemas visuales, neurosensorial periférico y vestibulolabiríntico, hay una evidente disminución de la fuerza muscular, menor coordinación, existe tendencia a desplazar el centro de gravedad como compensación del aumento de la cifosis dorsal, las articulaciones de carga (cadera, rodilla, pie) sufren modificaciones de evidente repercusión funcional, todos estos factores favorecen el riesgo de caídas.

La actividad física regular, disminuye la pérdida de masa ósea que se produce con la edad y fundamentalmente después de la menopausia, en los músculos se reporta pérdida de masa muscular debido a la ingesta inadecuada de proteínas en

la dieta, atrofia muscular por pérdida gradual de fibras musculares asociada a disminución de la fuerza, disminución de la capacidad funcional debida a la debilidad que limita sus desplazamientos y realización de sus actividades básicas cotidianas. Favoreciendo posibles accidentes de caída en el anciano.

El consumo de alcohol altera la percepción espacial y pérdida de reflejos, que sumado a las deficiencias fisiológicas presentes en el adulto mayor incrementan la posibilidad de caídas. De igual manera el consumo de fármacos suele ser muy frecuente en esta población, existe además la tendencia a la automedicación y al incumplimiento terapéutico, dos grandes grupos farmacológicos (psicofármacos y antihipertensivos) intervienen en la etiología de muchas caídas. Otro grupo de fármacos son los antihistamínicos cuyo efecto adverso más común es la sedación, siendo la causa de accidentes en el adulto mayor.

Por lo tanto se deduce que los adultos mayores estarían en potencial riesgo de sufrir alguna caída causado por su propio proceso de envejecimiento unido a los comportamientos de riesgo no controlados siendo por ello necesario mejorar los factores de riesgo frecuentes para reducir los accidentes en el adulto mayor.

En relación al nivel de autocuidado para el control de los factores de riesgo extrínsecos responsables de las caídas en los adultos mayores, se observa que el 52.9% tiene un nivel de autocuidado medio para prevenir caídas en el adulto mayor, el 27.1% tiene un autocuidado bajo y el 20% tiene un autocuidado alto, el 95.7% mantiene los ambientes iluminados, el 82.9% mantiene los pasillos libres de obstáculos, el 80% mantiene los objetos de uso diario al alcance de la mano y el 70% evita tener suelos resbalosos, el 70% a veces levanta objetos pesados, el 60% a veces sube a bancos o sillas para alcanzar cosas en lugares altos, el 65.7% a veces camina descalzo (o en medias), el 69.9% no se sostiene de las barandas al bañarse y el 58.6% su dormitorio no queda en el primer piso, el 74.3% a veces cruza la calle por el paso peatonal, el 97.1% se sostiene de un pasamano al bajar de un vehículo, el 91.4% se sostiene del pasamano al subir a un vehículo, el 54.3% evita pasar por suelos con agua o deteriorados y el 78.6% no sale acompañado.

Estos resultados son similares con los resultados obtenidos en el estudio de Camino Salazar María, en donde el 73.9% de los adultos mayores tienen una capacidad de autocuidado poco aceptable en la prevención de caídas, un 19.6% no aceptable y un 6.5% es aceptable, los resultados de Machado Rosa refiere que, el 61.4% presentan los suelos desnivelados o irregulares, el 59.7% tienen iluminación deficiente; la Fundación Mapfre detectó que el 13.6% de caídas se dan en los baños y un 59% de las viviendas, los baños no presentan barandas. Camino Salazar María refiere, que el 78% mantiene los pasillos libres de obstáculos, 87% evita tener suelos resbalosos y el 57% conserva objetos de uso diario al alcance de la mano, el 68% de los adulto mayor levantan objetos pesados, el 55% evita subir a bancos o sillas para alcanzar a cosas en lugares altos, el 96% evita caminar descalzo, el 57% al bañarse no se sostiene de barandas y el 55% de los adulto mayor, su dormitorio no queda en el primer piso, la investigación de Ruelas Gu-liana & Salgado Nelly refiere que, el 17.5% tienen un apoyo familiar inadecuado; y Machado Rosa, arrojaron los siguientes datos: el 66% cruza la calle por el paso peatonal, el 96% usa los pasamanos para subir y bajar del medio de transporte público, el 92% evita pasar por lugares con agua, el 85% evita pasar por suelos deteriorados y el 52% no sale acompañado.

Los factores extrínsecos son las condiciones del entorno y/o medio ambiente en el que el adulto mayor puede desarrollar sus actividades cotidianas y que intervienen en el momento de las caídas, estos factores pueden encontrarse en el hogar o en el ambiente.

En el hogar del adulto mayor se puede considerar los siguientes factores de riesgo: desorden, una alfombra arrugada, un mueble inestable, una luz deficiente, escaleras y baños sin barandas, un cable atravesado, son elementos que aumentan el riesgo de sufrir una caída.

Por otro lado el ambiente comunitario como las avenidas, calles, parque, mercados, veredas en donde se encuentren superficies mojadas, resbalosas y luces deslumbrantes, calles congestionadas, animales abandonados semaforización inadecuada, suelen ser trampas para favorecer caídas.

Muchas de las construcciones no están acondicionadas para un adulto mayor, en la mayoría de baños no presentan las instalaciones adecuadas como es la presencia de barandas que implica un costo extra e implica una instalación especial. Por otro lado Lima es una ciudad con más de 9 millones de habitantes y sus estructuras tienen tendencia a elevarse, por lo que subir escaleras aumenta el riesgo de caídas potencialmente severas. Viviendo la realidad social, en su gran mayoría los adultos mayores no salen acompañados lo que incrementa notablemente el riesgo de caídas por las calles y veredas irregulares.

Por lo que se deduce que el adulto mayor tiene un mayor riesgo de sufrir caídas en el domicilio como en su medio comunitario, lo que hace al entorno del adulto mayor un lugar con peligros que pueden atentar contra su seguridad y salud.

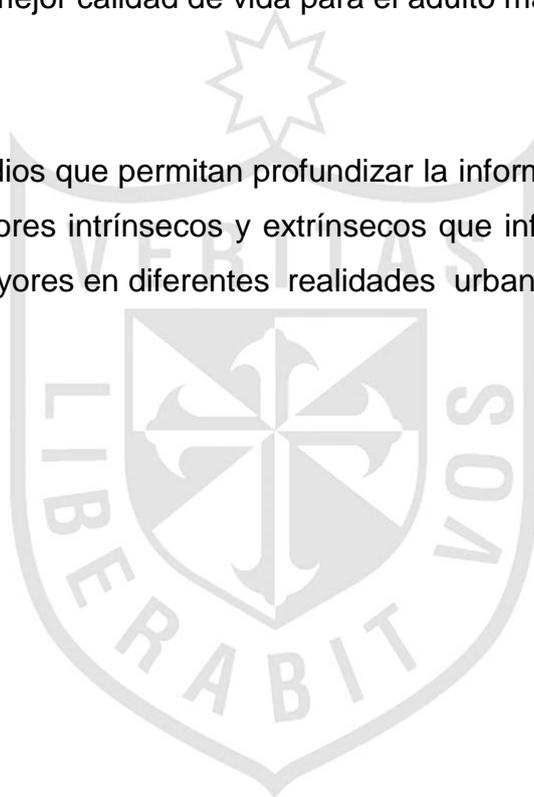


## CONCLUSIONES

1. El nivel de autocuidado global alcanzado por los adultos mayores que acuden al CIAM es medianamente aceptable.
2. El nivel de autocuidado para el control de los factores intrínsecos es predominantemente medio, seguido de bajo y en menor proporción existe alto nivel de autocuidado; los comportamientos que más fomentan el autocuidado están: la realización de actividades físicas, uso frecuente de zapatos cómodos y el no consumo de bebidas alcohólicas. Como déficit de autocuidado se encontró: el control al otorrino y el pararse bruscamente de la silla y de la cama.
3. El nivel de autocuidado para el control de factores extrínsecos es predominantemente medio, seguido de bajo y en menor proporción existe alto nivel de autocuidado; los comportamientos que más fomentan el autocuidado están: el mantenimiento de la iluminación dentro de la vivienda, organización del hogar con pasillos libres de obstáculos, mantener los objetos de uso común al alcance de la mano, pisos limpios no resbalosos y uso de pasamanos en los vehículos y se encontró déficit de autocuidado en no contar con barandas en las duchas.

## RECOMENDACIONES

1. La Municipalidad de Barranco en coordinación con el C.S Gaudencio Bernasconi deben establecer estrategias de atención dirigidas al adulto mayor y familia para fomentar el autocuidado y así poder prevenir las caídas y asegurar una mejor calidad de vida para el adulto mayor.
2. Realizar estudios que permitan profundizar la información en relación a los diferentes factores intrínsecos y extrínsecos que influyen en las caídas de los adultos mayores en diferentes realidades urbanas y rurales.



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la Salud. In Conferencia Internacional sobre la promoción de la salud; 2009
2. Orem D. Enfermería: conceptos de práctica. Segunda ed. Madrid: Mc Graw Hill; 2011.
3. Morales J, Rodríguez R. La atención de los ancianos: Un desafío para los Años Noventa. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. 2009
4. Araya A. Autocuidado de la Salud. Cartillas Educativas. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile, Vicerrectoría de Comunicaciones y Educación Continua; 2012.
5. Castro E. Prevalencia de caídas en ancianos de la comunidad. Tesis doctoral. Córdoba: Universidad de Córdoba, Departamento de Medicina; 2008.
6. Organización Mundial de la Salud. Caídas. [En Línea]. 2012. [citado el 20 Octubre 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>.
7. Elsy del Carmen Tejero Quevedo C. Caídas en adultos mayores. Horizonte sanitario. Vol. 10 No.2 Mayo- Agosto 2011. Disponible en: [http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte\\_sanitario/ediciones/2011\\_mayo\\_agosto/01\\_editorial\\_caidas.pdf](http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/horizonte_sanitario/ediciones/2011_mayo_agosto/01_editorial_caidas.pdf) .
8. Gutierrez P. Caídas en adultos Mayores. [En Línea]. 2010. [citado el 10 Octubre 2014]. Disponible en: [http://patygutie.blogspot.com/2010\\_05\\_01\\_archive.html](http://patygutie.blogspot.com/2010_05_01_archive.html).
9. Fundación Mapfre. Situaciones de riesgo para el adulto mayor autónomo. Seguridad y Medio Ambiente. 2013; I(132).
10. Ruelas González G, Salgado de Snyder N. Lesiones accidentales en adultos mayores: un reto para los sistemas de salud. Salud Pública de México. 2011; L(6).

11. Machado Cuétara R, Bazán Machado M, Izaguirre Bordelois M. Principales factores de riesgo asociados a las caídas en ancianos del área de salud Guanabo. Medisan. 2014; XVIII(2).
12. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Estado de la Población Peruana. Resumen Estadístico. Lima.; 2013.
13. Camino M. Capacidad de autocuidado en la prevención de caídas que tienen los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Tablada de Lurín. Tesis para obtener el grado de Licenciada en enfermería. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Escuela Profesional de Enfermería; 2011.
14. Delgado J, Ochoa J, Mendoza J, Tapia C, Alcántara L. Plan Operativo Anual. Plan Operativo. Lima: Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa", Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto; 2014
15. Palacios D. Efectos de la productividad, envejecimiento, empleo e inmigración sobre la sostenibilidad del sistema público de pensiones en España. Informe de Investigación. Madrid: Ministerio de Empleo y Seguridad Social, Secretaria de Estado de Seguridad Social; 2010.
16. Instituto Nacional de Geriátrica: México. Academia Latinoamericana de Medicina del adulto mayor. [En línea]. 2013 [citado el 24 de Julio de 2014]. Disponible en: [http://www.almageriatria.info/htm\\_files/convocatoria.html](http://www.almageriatria.info/htm_files/convocatoria.html).
17. Radio Programas del Perú. El 80% de caídas del adulto mayor ocurre en casa. [En línea]. 2012 [citado el 12 de Junio de 2014]. Disponible en: [http://www.rpp.com.pe/2012-11-12-el-80-de-caidas-del-adulto-mayor-ocurren-en-casa-noticia\\_539613.html](http://www.rpp.com.pe/2012-11-12-el-80-de-caidas-del-adulto-mayor-ocurren-en-casa-noticia_539613.html).
18. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. Cuarta ed. México D.F.: Interamericana Mc Graw - Hill; 2010.
19. Espinosa Almendro JM , Clasificando a las personas mayores, Una visión dinámica , Medicina de Familia . Vol 6 N° 3 – Noviembre 2009 (pag:167 – 168).
20. Fundación del Empresariado Chihuahuense A.C. Autocuidado: Guía de orientación para el cuidado de la salud de los adultos mayores . México:

FECHAC [fecha de acceso 4 Jun 2010] Disponible en:  
tp://www.fechac.org/web/publicaciones.php

21. Organización Mundial de la Salud (OMS) , Caidas , Nota descriptiva N.º  
344 Octubre de 2012.

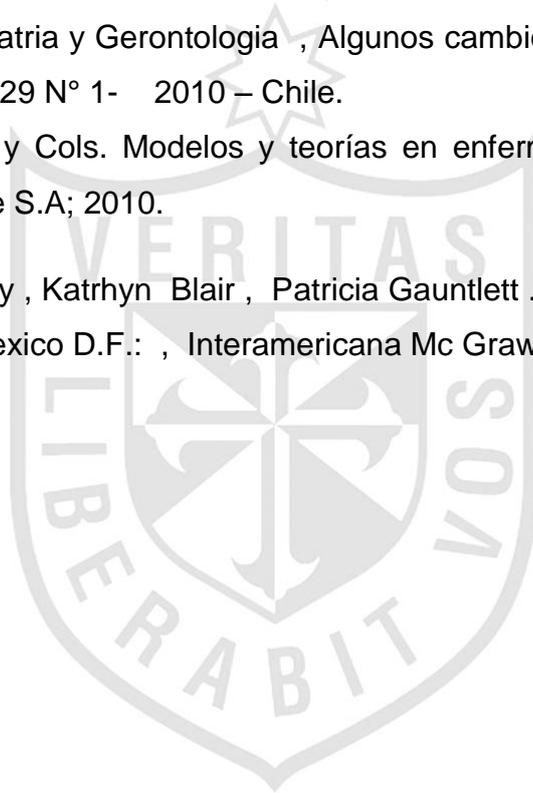
22. Dr. Aldo Sgaravatti (Geriatra – Asistente del Departamento de Geriatria) ,  
Im-portancia y repercusiones – Factores de riesgo y valoración de las  
caídas en el adulto mayor – Carta Geriatrica gerontolgica . 2011

Disponible en : <http://www.gramonbago.com.uy/imgnoticias/20019.pdf>

23. Dr Homero Gac E. Instructor de Departamento de Medicina Interna Pro-  
grama de Geriatria y Gerontologia , Algunos cambios asociados al enveje-  
cimiento , Vol. 29 N° 1- 2010 – Chile.

24. Marriner, Ann y Cols. Modelos y teorías en enfermería. Madrid: Editorial  
Harcourt Brace S.A; 2010.

25. Mickey Stanley , Kathryn Blair , Patricia Gauntlett . Enfermeria Geriatrica ,  
Tercera ed. Mexico D.F.: , Interamericana Mc Graw - Hill; 2010.



## **ANEXOS**

### **CUESTIONARIO**

#### **AUTOCAUIDADO EN LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS**

##### **INTRODUCCIÓN:**

Buenas tardes Señor (a), mi nombre es Johana Marisa Torres Blas, soy Egresada de Enfermería de la Universidad San Martín de Porres, 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.

##### **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

## **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

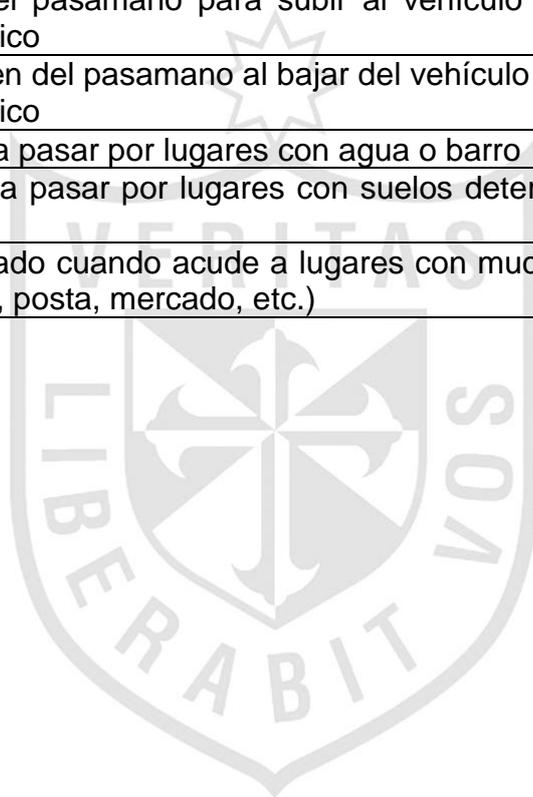
Secundaria: d) incompleta e) completa

Superior: f) incompleta g) completa

## **CONTENIDO**

<b>N°</b>	<b>PROPOSICIONES</b>	<b>SI</b>	<b>AV</b>	<b>NO</b>
1	Acude anualmente al especialista para controlarse algún problema de la vista			
2	Acude anualmente al especialista para realizarse una revisión del oído			
3	Realiza diariamente algún tipo de actividad física (baile, gimnasia, taichí, etc.)			
4	Evita pararse bruscamente al levantarse de la silla			
5	Evita pararse bruscamente al levantarse de la cama			
6	Realiza un control médico periódico para detectar tempranamente problemas de salud			
7	Observa diariamente sus pies en busca de lesiones o pequeñas heridas			
8	Usa frecuentemente calzado cómodo (con suela antideslizante, sin taco, a su medida)			
9	Evita el consumo de bebidas alcohólicas			
10	Sólo toma medicamentos que el médico le indica			
11	En caso de tomar un nuevo medicamento solicita al doctor información sobre sus efectos (sueño, mareos, hipertensión)			
12	Mantiene los ambientes de la casa con buena iluminación			
13	Mantiene los pasillos de la casa libres de obstáculos			

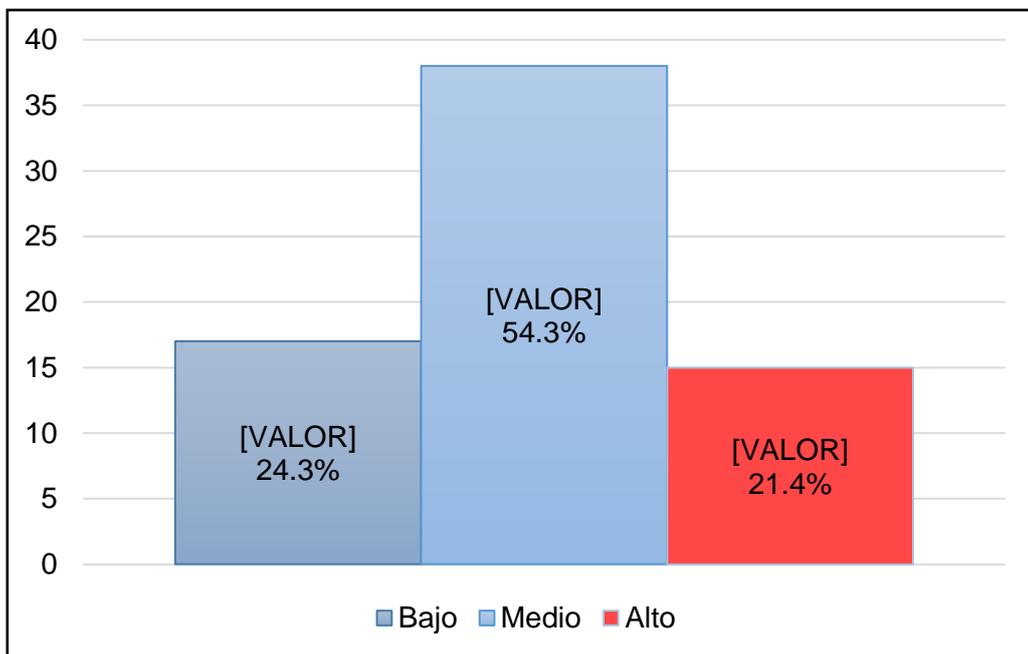
	(alfombras, cables eléctricos)			
14	Evita tener suelos resbalosos en su casa (muy encerados, húmedos)			
15	Evita caminar descalzo (en medias) por la casa			
16	Al bañarse se sostiene de barandas o manijas			
17	Conserva los objetos de uso diario al alcance de la mano			
18	Evita levantar objetos pesados			
19	Evita subir a bancos o sillas para alcanzar cosas que están en lugares altos (cambiar la bombilla)			
20	Su dormitorio queda en el primer nivel de la casa			
21	Cruza la calle por el paso peatonal o esquinas sin correr			
22	Se sostiene del pasamano para subir al vehículo de transporte público			
23	Se sostiene bien del pasamano al bajar del vehículo de transporte público			
24	En la calle evita pasar por lugares con agua o barro			
25	En la calle evita pasar por lugares con suelos deteriorados			
26	Sale acompañado cuando acude a lugares con mucha gente (hospital, posta, mercado, etc.)			



**Gráfico 1**

**Nivel de Autocuidado relacionado al control de los factores de riesgo intrínsecos responsables de caídas en adultos mayores del CIAM Enero - Marzo**

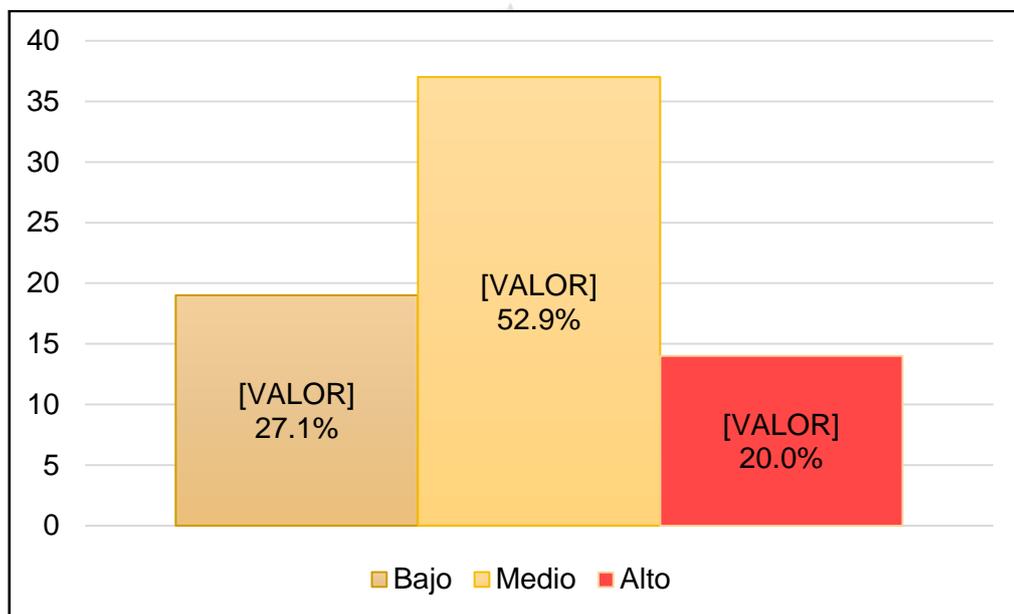
**2015**



**Gráfico 2**

**Nivel de Autocuidado relacionado al control de los factores de riesgo extrínsecos responsables de caídas en adultos mayores del CIAM Enero - Marzo**

**2015**



**Tabla 1**

**Sexo de los adultos mayores que asisten al CIAM,**

**Enero – Marzo, 2015**

<i>Nivel</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Femenino</i>	54	77.1
<i>Masculino</i>	16	22.9
<i>Total</i>	70	100.0

De un total de 70 (100%) adultos mayores, el 54 (77.15) son de sexo femenino y el 16 (22.9%) son de sexo masculino.

**Tabla 2**

**Edad de los adultos mayores que asisten al CIAM,  
Enero – Marzo 2015**

<i>Nivel</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>De 60 a 65 años</i>	52	74.3
<i>De 65 a 70 años</i>	11	15.7
<i>De 70 a 75 años</i>	5	7.1
<i>De 75 a 80 años</i>	1	1.4
<i>Mayor de 80 años</i>	1	1.4
<i>Total</i>	70	100.0

De un total de 70 (100%) adultos mayores, el 52 (74.3%) pertenecen a las edades entre 60 a 65 años, el 11 (15.7%) se encuentran entre 65-70 años, el 5 (7.1%) se encuentran entre 70-75 años y en menor proporción 2 (2.8%) se encuentra entre 75 a más años.

**Tabla 3**

**Estado Civil de los adultos mayores que asisten al CIAM,  
Enero – Marzo 2015**

<i>Nivel</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Soltero</i>	4	5.7
<i>Casado</i>	53	75.7
<i>Viudo</i>	13	18.6
<i>Total</i>	70	100.0

De un total de 70 (100%) adultos mayores, el 53 (75.7%) son casados, el 13 (18.6%) son viudos, y en menor proporción el 4 (5.7%) son solteros.

**Tabla 4**

**Grado de Instrucción de los adultos mayores que asisten al CIAM,  
Enero – Marzo 2015**

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
<i>Sin instrucción</i>	1	1.4
<i>Primaria incompleta</i>	2	2.9
<i>Primaria completa</i>	10	14.3
<i>Secundaria Incompleta</i>	5	7.1
<i>Secundaria completa</i>	37	52.9
<i>Superior incompleta</i>	4	5.7
<i>Superior completa</i>	11	15.7
<i>Total</i>	70	100.0

De un total de 70 (100%) adultos mayores, el 37 (52.9%) termino la secundaria, 11 (15.7%) culmino los estudios superiores, el 10 (14.3%) culmino la primaria, el 5 (7.1%) no termino la secundaria, el 4 (5.7%) no culmino los estudios superiores, el 2 (2.9%) no culmino la primaria y 1 (1.4%) no tiene grado de instrucción.