



**Universidad
Norbert Wiener**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Académico Profesional de Tecnología Médica

Tesis

**“RIESGO DE CAIDA Y CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS
MAYORES DEL PROGRAMA ADULTO MAYOR DEL
INSTITUTO DE LA FAMILIA, CANTO GRANDE, MARZO 2019”**

**Para optar el Título Profesional de:
LICENCIADA EN TECNOLOGÍA MEDICA EN TERAPIA FISICA
Y REHABILITACION**

Presentado por:

AUTORA: MARIA DEYSI, ZAVALA RODRIGUEZ

ASESORA: Dra. ROSA RODRIGUEZ

LIMA – PERÚ

2021

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a Dios,
por concederme salud y la oportunidad de lograr mis metas,
a mis Padres con su protección, amor son pilares fundamentales en mi vida,
a mis tías por su ayuda y cariño.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco, a Dios ya que sin su bendición no hubiese sido posible realizar el presente estudio de investigación

A mis padres, ya que, con su educación y crianza, me han inculcado valores que me han convertido en una persona íntegra.

A Lic. Angie Rodríguez, por su apoyo, paciencia, y conocimientos brindados a lo largo de mi investigación.

A mi Alma Mater, Universidad Privada Norbert Wiener, que me acogió, formó y brindó excelentes profesionales a quienes le debo gran parte de mi conocimiento.

ÍNDICE	Págs.
Dedicatoria_	i
Agradecimientos	ii
Índice.....	iii
Índice de tablas	vi
Índice de figuras	v
Resumen	viii
Abstract	ix
Introducción.....	x

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema.	1
1.2. Formulación del Problema.....	3
1.2.1. Problema general:.....	4
1.2.2. Problemas específicos:.....	4
1.3. Objetivos de la investigación.....	5
1.3.1. Objetivo general	5
1.3.2. Objetivos específicos.....	5
1.4. Justificación de la investigación	6
1.4.1. Teórica	6
1.4.2. Metodológica	7
1.4.3. Práctica.....	7
1.5. Limitaciones de la investigación.....	8

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes.....	10
2.1.1. Nacionales.....	10
2.1.2. Internacionales.....	14
2.2. Bases teóricas.....	17
2.3. Formulación de hipótesis.....	38
2.3.1. Hipótesis general.....	38
2.3.2. Hipótesis específicas.....	38

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1 Método de la investigación.....	40
3.2 Enfoque de la investigación.....	40
3.3 Tipo de investigación.....	40
3.4 Diseño de la investigación.....	41
3.5. Población, muestra y muestreo.....	41
3.6 Variables y operacionalización.....	43
3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	45
3.7.1. Técnica.....	45
3.7.2. Descripción de los instrumentos.....	45
3.7.3. Validación.....	46
3.7.4. Confiabilidad.....	47
3.8 Procesamiento y análisis de datos.....	47
3.9 Aspectos éticos.....	48

CAPITULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1 Resultados.....	49
4.1.1. Análisis descriptivo de resultados.....	49
4.1.2. Prueba de hipótesis.....	59
4.1.3. Discusión de los resultados.....	65

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones.....	67
5.2 Recomendaciones.....	68

REFERENCIAS	70
--------------------------	----

ANEXOS:	76
----------------------	----

Anexo 1: Matriz de consistencia

Anexo 2: Instrumentos

Anexo 3: Aprobación del Comité de Ética

Anexo 4: Formato de consentimiento informado

Anexo 5: Carta de aprobación de la institución para la recolección de datos

Anexo 6: Informe del asesor de turnitin

ÍNDICE DE TABLAS

Págs.

Tabla N° 1.....	49
Tabla N° 2.....	50
Tabla N° 3.....	51
Tabla N° 4.....	52
Tabla N° 5.....	53
Tabla N° 6.....	54
Tabla N° 7.....	55
Tabla N° 8.....	6
Tabla N° 9.....	57
Tabla N° 10.....	58
Tabla N° 11.....	60
Tabla N° 12.....	61
Tabla N° 13.....	62
Tabla N° 14.....	63
Tabla N° 15.....	64

ÍNDICE DE FIGURAS

Págs.

Figura N° 1	50
Figura N° 2.....	51
Figura N° 3.....	52
Figura N° 4.....	53
Figura N° 5.....	54
Figura N° 6.....	55
Figura N° 7.....	56
Figura N° 8.....	57

RESUMEN

El riesgo de caídas como la calidad de vida, son dos patologías que afectan seriamente a las personas adultas mayores, por lo que se constituyen en problemas de salud relevantes en la vida de dicha población. La asistencia de la población adulta mayor a los diferentes programas de adultos mayores que existen en Lima, sin las previsiones del caso, podrían aumentar el riesgo de caídas y disminuir su calidad de vida.

Objetivo: Determinar la relación entre el riesgo de caídas y la calidad de vida en los adultos mayores del Programa Adulto Mayor del Instituto de la Familia, Canto Grande -Lima.

Material y métodos: Participaron 50 adultos mayores del Programa Adulto Mayor del Instituto de la Familia, Canto Grande, en el mes de marzo del 2019 y fueron evaluados con el Timed Up and Go Test y la Escala de calidad de vida de Whoqol-Bref. Se utilizó el método hipotético deductivo por tratarse de un estudio descriptivo, relacional y de diseño transversal.

Resultados: Se encontró relación entre el riesgo de caídas y la calidad de vida, $p < 0,05$, obtenido con la prueba exacta de Fisher. El 64% presentó bajo riesgo de caídas y el 36% no tenía riesgo de caídas. El 24% de la muestra presentó una calidad de vida mala y el 76% regular. Existe relación entre el riesgo de caídas y cada una de las dimensiones de la calidad de vida, como la salud física, salud psicológica, las relaciones sociales y el medio ambiente.

Conclusiones: Existe relación entre el riesgo de caídas y la calidad de vida, en los adultos mayores del Programa Adulto Mayor del Instituto de la Familia, Canto Grande -Lima.

Palabras claves: Riesgo de caídas, calidad de vida, adultos mayores.

ABSTRACT

The risk of falls, as well as the quality of life, are two pathologies that seriously affect older adults, which is why they constitute relevant health problems in the life of said population. The assistance of the older adult population to the different programs for older adults that exist in Lima, without the appropriate provisions, could increase the risk of falls and decrease their quality of life.

Objective: To determine the relationship between the risk of falls and the quality of life in the elderly of the Senior Program of the Family Institute, Canto Grande -Lima.

Material and methods: 50 older adults in the Senior Program of the Family Institute, Canto Grande, in the month of March 2019 participated and were evaluated with the Timed Up and Go Test and the Whoqol Quality of Life Scale- Bref. The hypothetical deductive method was used as it is a descriptive, relational and cross-sectional study.

Results: A relationship was found between the risk of falls and quality of life, $p < 0.05$, obtained with Fisher's exact test. 64% had a low risk of falls and 36% had no risk of falls. 24% of the sample had a poor quality of life and 76% fair. There is a relationship between the risk of falls and each of the dimensions of quality of life, such as physical health, psychological health, social relationships and the environment.

Conclusions: there is a relationship between the risk of falls and the quality of life in older adults of the Senior Adult Program of the Family Institute, Canto Grande -Lima.

Keywords: Risk of falls, quality of life, older adults.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo considero como objetivo principal determinar la relación que existe entre el riesgo de caídas y la calidad de vida los adultos mayores que asistieron al Programa Adulto Mayor del Instituto de la Familia de Canto Grande, para ello se ha utilizado el Timed Up and Go Test y la Escala de calidad de vida de Whoqol-Bref. El uso de estos instrumentos tuvo la finalidad de encontrar relación entre las dos variables de estudio mencionadas. De esta manera, se podrá implementar estrategias de prevención y cuidados del adulto mayor para minimizar el riesgo de caídas y mejorar su calidad de vida.

La población de la tercera edad presenta mayor grado de morbilidad y dependencia por diversos cambios fisiológicos, mentales, sociales, ambientales. Las caídas, generan numerosos efectos adversos para la población de personas mayores como hospitalizaciones alargadas, internamiento, disminución de la funcionalidad, equilibrio y control de la postura. Estas secuelas inciden directamente en la calidad de vida de esta población.

Por esta razón, es relevante conocer de una manera integral el estado de los adultos mayores respecto a su equilibrio y nivel de vida para brindarle un abordaje biopsicosocial óptimo y mejorar las medidas preventivas ante los eventos de caídas, aspecto que resulta significativo para una mejor calidad de vida de este grupo poblacional.

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud declara que entre los años 2015 y 2050 la proporción de adultos mayores serán dos veces mayor que en la actualidad, superando del 12% hasta 22%. (1) Asimismo la OMS, pronostica que la población adulto mayor de 60 años a más pasaran de 900 millones 1400 millones para el 2030, y a 2100 millones para el 2050, que representan un 34% de los países europeos y el 25% de América Latina y Asia. (2)

Anualmente se registran más de 37,3 millones de caídas, en su mayoría personas de 60 años a más, de los cuales 646.000 ocasionan daños mortales convirtiéndose así en el segundo predictor de decesos a nivel mundial. El 80% de fallecimientos han evidenciado estar vinculadas con caídas, en la mayoría de los casos suceden en países de bajos y medianos ingresos, y un 60% en el Pacífico Occidental y Asia Sudoriental. (3)

La Organización Panamericana de la Salud menciona a las caídas como un marcador significativo de fragilidad en los síndromes que aquejan al adulto mayor. Los accidentes son considerados como la quinta causa de fallecimiento. Un 70% de acontecimientos son a razón de las declinaciones, 1 de cada 10 caídas produce traumatismos, fracturas, luxaciones, que Conllevan en la mayoría de las ocasiones a serias complicaciones como por ejemplo la inmovilidad prolongada generando así la dependencia parcial o total. (4)

En una investigación realizada en Ecuador menciona que la prevalencia de caídas fue 33.9%, mayor prevalencia en >74 años, mayor prevalencia en >74 años (43.1%) mientras que el riesgo de caída fue alto 32.1% y riesgo bajo 67.9%. asociada a la edad y al sexo respectivamente. (5)

En un Informe elaborado en Perú por Chávez durante 2018 en el HNGAI menciona que hubo un incremento de caídas en un 7% con respecto al 2017 trayendo como consecuencia problemas físicos y emocionales. (6) De igual forma Galván manifiesta que las caídas, son por incidencia y gravedad, un problema de salud pública primordial, porque perjudica y disminuye la calidad de vida de la población adulto mayor, además producen un incremento en la dependencia y necesidad de ayuda. (7)

Además, Ramos en su estudio menciona que, de 198 adultos mayores atendidos por caídas, el 63.64% de ellos fueron mujeres, el 52,02% tenían entre 60 a 74 años, también el 36.36% tuvieron antecedentes de caídas, Las afecciones más reiteradas fueron las fracturas con 41.41%, segmento de la mano 25.61% en el cubito radial distal 24.39%, fracturas de cadera 15.85%. con respecto a los espacios donde ocurren se precisó al hogar con 56,57% y la calle en 24,24%. Por otro lado se encontró otras comorbilidades con 10,06 % seguido de la P.A con 6,06% y diabetes con un 3,03%. (8)

En el adulto mayor se presentan diferentes tipos de alteraciones propias de la etapa de envejecimiento que pueden provocar caídas, esto genera una gran incertidumbre en esta población, más aún cuando existen causas multifactoriales como caídas previas, enfermedades, medicamentos que requieren ayuda de la familia y de todo el personal de la salud. (9)

Un estudio hecho en Perú realizado en el distrito de San Martín de Porres menciona que el 61% de ancianos, presentan distintos tipos de afecciones que los conllevan a las caídas a su vez que afecta su calidad de vida, como son los problemas auditivos, articulares, afectivos y muchas otras alteraciones que dificulta su independencia. (10)

Paterne G, et al. indica que la calidad de vida se relaciona con factores económicos, sociales y culturales en el entorno que se desarrolla y, en gran medida, a la escala de valores de cada individuo. En la década de los noventa se desarrolló el concepto de

calidad de vida vinculado a la salud, que se define como: La estimación del individuo sobre la vida, modulado por las limitaciones, estado funcional, percepciones y oportunidades sociales, y que se ven influidas por las enfermedades, lesiones, tratamientos y políticas sanitarias. (11)

Existe, por tanto, consenso sobre la calidad de vida debe ser considerada desde una visión multidimensional, que debe incluir aspectos físicos, ambientales, culturales, económicos, de servicios de salud, satisfacción, actividades de ocio, entre otros. (12)

Por lo anterior ya mencionado nos llevó a considerar la siguiente pregunta ¿Cuál es la relación entre el riesgo de caída y la calidad de vida en los adultos mayores del Programa Adulto Mayor Del Instituto De La Familia, Canto Grande marzo 2019?

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL:

¿Cuál es la relación entre el riesgo de caída y la calidad de vida en los adultos mayores del Programa Adulto Mayor del Instituto de la Familia, Canto Grande marzo 2019?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS:

- ¿Cuál es el nivel de calidad de vida según sexo y edad en los adultos mayores del programa adulto mayor del Instituto de la familia, canto Grande, marzo 2019?

- ¿Cuál es el nivel de riesgo de caída según sexo y edad en los adultos mayores del programa adulto mayor del Instituto de la familia, canto Grande, marzo 2019?
- ¿Cuál es la relación entre el riesgo de caída y la dimensión salud física en los adultos mayores del programa adulto mayor del Instituto de la familia, canto Grande, marzo 2019?
- ¿Cuál es la relación entre el riesgo de caída y la dimensión salud psicológica en los adultos mayores del programa adulto mayor del Instituto de la familia, canto Grande, marzo 2019?
- ¿Cuál es la relación entre el riesgo de caída y la dimensión relaciones sociales en los adultos mayores del programa adulto mayor del Instituto de la familia, canto Grande, marzo 2019?
- ¿Cuál es la relación entre riesgo de caída y la dimensión ambiente en los adultos mayores del programa adulto mayor del Instituto de la familia, canto Grande, marzo 2019?

1.3. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre el riesgo de caída y la calidad de vida en los adultos mayores del Programa Adulto Mayor Del Instituto De La Familia, Canto Grande marzo 2019.

1.3.2. Objetivos específicos

- Conocer el nivel de calidad de vida según sexo y edad en los adultos mayores del programa adulto mayor del Instituto de la familia, canto Grande, marzo 2019.
- Identificar el nivel de riesgo de caída según sexo y edad en los adultos mayores del programa adulto mayor del Instituto de la familia, canto Grande, marzo 2019.
- Establecer la relación entre el riesgo de caída y la dimensión salud física en los adultos mayores del programa adulto mayor del Instituto de la familia, canto Grande, marzo 2019.
- Establecer la relación entre el riesgo de caída y la dimensión salud psicológica en los adultos mayores del programa adulto mayor del Instituto de la familia, canto Grande, marzo 2019.
- Determinar la relación entre el riesgo de caída y la dimensión relaciones sociales en los adultos mayores del programa adulto mayor del Instituto de la familia, canto Grande, marzo 2019.
- Determinar la relación entre riesgo de caída y la dimensión ambiente en los adultos mayores del programa adulto mayor del Instituto de la familia, canto Grande, marzo 2019.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

El estudio se justifica de manera teórica puesto que, buscó demostrar la relación entre el riesgo de caídas y la calidad de vida en los adultos mayores, sabiendo que una de cada 10 caídas, pueden causar perjuicios graves en la salud, como contusiones en diferentes áreas del cuerpo, hematomas en la cabeza, esto origina la disminución de la vitalidad, funcionalidad en las actividades de la vida diaria (AVD) y (AVDI) actividades instrumentales de este grupo de la tercera edad, además incrementa el riesgo de institucionalización e inciden en la salud mental. El acrecentamiento mundial progresivo de la población mayor de 60 años y la esperanza de vida, junto con los cambios relacionados con el envejecimiento normal, así como los factores mecánicos, físicos, ambientales, efectos iatrogénicos de ciertos fármacos hacen que este síndrome se presente de manera habitual en los ancianos por tanto es un acontecimiento agudo que debilita la calidad de vida de los gerontos. (13)

Además, la Organización Mundial de la Salud señala que el envejecimiento activo es un componente vital para mejorar la calidad de vida de las personas mayores, asimismo se fomenta a través de un proceso de optimización de oportunidades, participación e inclusión en la sociedad, la seguridad y salud para mantener en equilibrio el bienestar físico, social y mental de este grupo etáreo. (14).

1.4.2. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

El trabajo de investigación se justificó de manera metodológica y tuvo relevancia en base a la relación de dos instrumentos de investigación validados como son el Timed Up and Go Test y la Escala de calidad de vida Whoqol-Bref que permitieron determinar el riesgo de caídas y la calidad en los adultos mayores del Programa Adulto Mayor del Instituto de la Familia, Canto Grande, marzo 2019.

1.4.3. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

De manera practica esta investigación brindó conocimiento en relación con las variables de estudio que es un aporte importante para la comunidad de investigadores y sociedad. Asimismo, los resultados permitirán que la institución donde se realizó este estudio pueda tomar medidas en base a la elaboración de programas de prevención, así también que la sociedad emprenda los proyectos de salud en mejora de este grupo vulnerable que entre varias patologías y complicaciones que pueden afectarle encontramos el riesgo a sufrir caídas. Finalmente, los resultados obtenidos pueden ser utilizados por nuevos investigadores para actualizar y ampliar dicho conocimiento científico.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

En el plano Temporal: La presente investigación tuvo una duración de solo un mes (marzo del 2019).

En el aspecto espacial: La presente investigación se realizó con los adultos mayores del Programa Adulto Mayor del Instituto de la Familia, Canto Grande, marzo 2019, población accesible, por lo cual fue posible la aplicación de los instrumentos de medición.

Con relación a los recursos: No se pudo contar con todos los recursos administrativos para el desarrollo del estudio.

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. Antecedentes nacionales

Rodríguez, E (2019). En su estudio “**Asociación entre Timed up and go test y la historia de caídas en el adulto mayor-Arequipa 2019**”. Cuyo objetivo fue: Evaluar la asociación entre el Timed Up and Go test y la historia de caídas. Estudio experimental, retrospectivo, transversal. En 383 personas mayores en centros de atención para el adulto mayor, se aplicó el Timed Up and Go test y los resultados fueron que el Timed Up And Go test realizado a los ancianos tenía una media de 10.22 segundos (SD: 4.51). de 60 a 65 años presentaron una media de 8.05 segundos y SD 1.14, de 66 a 70 años de 10.28 segundos y SD 2.46, de 71 a 75 años de 13.01 y SD 3.56, de 76 a más de 20.27 segundos y SD 4.51. En el sexo femenino la media fue de 10.55 segundos (SD: 5.29) el sexo masculino la media fue de 10.22 segundos (SD: 4.51). La edad se relaciona con el TUG y el número de caídas, obtuvo un nivel de 95% de confiabilidad. Existió evidencia estadística para afirmar que Timed Up and Go test tenía relación con el número de caídas($p < 0.05$), el coeficiente de correlación de Pearson = 0.654 indica una relación positiva de nivel moderado a fuerte, por lo que a mayor tiempo en la realización de la prueba TUG se tendrá también un mayor número de caídas. Conclusiones: A más tiempo de realización de la prueba TUG mayor será el riesgo y número de caídas. A partir de los 70 años se encuentra un riesgo del 25% a caer incrementándose por encima del 70% en edades mayores. El sexo femenino está relacionado con un mayor riesgo y número de caídas. (22)

Rosa Rodríguez, Angie Rodríguez (2019) En su investigación “**Asociación entre Grado de Fragilidad, Riesgo de Caídas y Funcionalidad de los Adultos Mayores que Asisten a un Centro Del Adulto Mayor – Julio 2017**” objetivo: Determinar la asociación entre el grado de fragilidad, riesgo de caída y funcionalidad. Tipo De Estudio: Es una investigación cuantitativa, No experimental Transversal, correlacional. Instrumentos: Escala Fried, Timed get up and go, Índice de Katz. Población: 500 adultos mayores repartidos en diferentes talleres recreativos y físicos. Muestra: 130 adultos mayores. Resultado: Conformada por 85% de mujeres y 15% varones. Se encontró asociación significativa entre funcionalidad y riesgo de caída; también entre funcionalidad y fragilidad así como entre riesgo de caída y fragilidad Sin embargo No se encontró asociación significativa entre las tres variables funcionalidad, fragilidad y riesgo de caída .En relación al grado de funcionalidad el mayor porcentaje se evidencio en los grupos de incapacidad leve y moderada representada por un 38.2% con mayor predominio en el sexo femenino por un 52.4% y el sexo masculino con 23.1% de incapacidad severa. Se determino un mayor porcentaje en los grupos de equilibrio con bajo riesgo de caída (53.85%), sin riesgo de caída (46.15%) representado por un 38.2% el sexo masculino y medio riesgo de caída. El grupo de edad mayor fue entre los 70 y 79 años, siendo la edad más frecuente 75 años. Conclusión: Se encontró un porcentaje de adultos mayores con riesgo de caída bajo (56%), y no se encontró alto riesgo de caída. El 50% de la muestra presentaron estadios de pre-fragilidad y fragilidad. En cuanto a funcionalidad, un alto porcentaje de independencia y un porcentaje menor que presentaba dependencia en una actividad de la vida diaria. a mayor edad va disminuyendo la funcionalidad, aunque esto no fue

significativo. El grupo de mayor porcentaje según edad se encontró en el intervalo de 70 -79 años Y el menor en el intervalo de 80- 89 años. (15)

NUÑEZ, C. et al. En su estudio “Riesgo De Caídas En Adultos Mayores Del Club 1er Sector Del Distrito De Carabaylo, junio 2018” su objetivo fue: determinar el riesgo de caídas de los adultos mayores, estudio fue de tipo Descriptivo, Transversal, No experimental, Cuantitativo; donde la población estuvo constituida por 60 adultos mayores del club 1er sector del distrito de Carabaylo. Instrumento: Se empleó la escala de Downton y Se obtuvieron como resultados que el 41,7% se observó bajo riesgo y el 58,3% alto riesgo de caída; según las dimensiones de la escala de Downton el 26,67% no sufrió ninguna caída, el 15% sufrió 1 caída durante el año, 21,67% sufrió 2 caídas previamente en el último año, 18,33% sufrió 3 caídas, 10% sufrió 4 caídas, 5% sufrió 5 caídas y finalmente el 3,33% sufrió 6 caídas en el último año. En conclusión, se observó que no existe alto riesgo de caída en los adultos mayores. (23)

Espinoza Y, Hoyos L (2019). En su estudio “**La calidad de vida y su relación con el grado de funcionalidad de adultos mayores que asisten a un centro de salud, octubre- diciembre lima 2018**”. objetivo: Determinar la relación entre la calidad de vida y el grado de funcionalidad. Estudio de Tipo descriptivo, de corte transversal y correlacional. Se utilizó el Índice de Barthel para medir funcionalidad y el cuestionario WHOQOL BREF para evaluar la calidad de vida. Los resultados indicaron que la edad promedio $76,33 \pm 8,73$, muestra conformada por 54 adultos mayores. Los resultados demostraron que el 50% del nivel de funcionalidad fueron dependientes e independientes, la significancia no obtuvo una buena valoración por lo que $p=495$ asimismo no se obtuvo una relación significativa en los grupos etarios: 60 -70 años ($p=0,525$); grupo etario: 71- 80 años ($p=0,057$) y grupo etario: 81-90 años ($p=0,247$), el

género no tuvo buena significancia en el sexo masculino ($p=0,122$), femenino ($p=0,254$). Con respecto a los dominios del cuestionario WHOQOL BREF sin embargo la relación significativa siendo los valores: dominio Físico $p=0,401$; Psicológico $p=0,064$, Relación Social $p=0,114$ y medio ambiente $p=0,917$. Finalmente Se concluyo que no se encontró relación entre la funcionalidad y la calidad del adulto mayor. (24)

BEDON, C. (2018) En su estudio “**Calidad de vida que tiene el adulto mayor que asiste a consultorios externos del Hospital San José Callao 2018**” Objetivo: Determinar la calidad de vida. Método: cuantitativo, de tipo descriptivo y de corte transversal Poblacion:60 personas mayores de ambos sexos. Instrumento: WHOQOL BREF. Resultados: En salud física 87% presentaban calidad de vida media y un 13% presentaron calidad de vida mala, salud Psicológica 58%obstuvieron calidad de vida media,42% calidad de vida baja. Relaciones sociales 73% se observó calidad de vida baja y el 27% calidad de vida media. Finalmente, en ambiente con el 68% demostró calidad baja y un 32% calidad media. Conclusiones: Los adultos mayores presentaron calidad de vida media o mala. (25)

2.1.2. Antecedentes internacionales

Hidalgo, M.et al. (2016) realizo un estudio “**Aplicación Del Timed Up And Go test (Tug), Para Evaluar El Riesgo De Caída En Usuarios Del Hogar De Ancianos De Riobamba Durante El Periodo diciembre 2015-mayo 2016**” Su objetivo fue: Determinar el riesgo de caída. Instrumentos fueron La recolección de datos se evaluó de manera individual, por medio de la elaboración de una historia clínica y la

aplicación de la prueba Timed Up and Go. Población: Estuvo constituida por 30 personas mayores de 60 años. Tipo de estudio: descriptivo, cualitativo, cuantitativo, longitudinal.

conclusión: La aplicación del Timed Up and Go test fue confiable en la valoración del riesgo de caída en los usuarios del hogar de ancianos de RIOBAMBA. Sin embargo, el riesgo de caída ha demostrado que depende de diversas componentes internos y externos que deben ser tomados en cuenta para un óptimo abordaje integral geriátrico. El grupo poblacional estudiado susceptible a sufrir caídas son mujeres, en edades comprendidas entre 60-74 años con tipo de pie griego, con antecedentes de caída y movilidad independiente. El protocolo de atención especial se elaboró de acuerdo con la susceptibilidad a sufrir caídas de los adultos mayores y las particularidades individuales: físicas, emocionales y psicológicas. (17)

Cisternas Daniel, Salgado Sebastián, Zamorano, Georgina. (2016) En su estudio “comparación de la calidad de vida relacionada con la salud y riesgo de caída en los adultos mayores de 60-80 años practicantes de Tatha Yoga y no practicantes, pertenecientes a los centros de hatha yoga Tome” Objetivo: Analizar la calidad de vida relacionada con la salud y riesgo de caída. Tipo de Investigación: Se utilizó un diseño descriptivo con análisis comparativo. Muestra conformada por 46 Adultos mayores ($66,71 \pm 6,44$ años Adultos Mayores y $69,8 \pm 6,70$ años adulto-mayores no practicantes) para el riesgo de caídas se utilizó con el Timed up and go test y test estación Unipodal y Calidad de vida mediante COOP/WONCA. Resultados: se encontró que las dimensiones forma física ($P=0,001$), actividades cotidianas ($p=0,01$), cambios en el estado de salud ($p=0,01$) y en el estado de salud ($p=0,02$) entre las personas que realizan y no realizan Hatha Yoga. Sin embargo, en las dimensiones” actividades sociales, dolor y sentimientos no se encontró diferencia significativa entre

ambos grupos. En el Riesgo de caída se observó diferencias significativas en las evaluaciones, En el balance dinámico (0,007) en estación unipodal de la extremidad inferior izquierda (0,038) y en la estación unipodal inferior derecha (0,001)
Conclusión: La calidad de vida relacionada con la salud era mejor y tenían un menor El grupo que practicaba el Hatha Yoga presentaba mejor calidad de vida relacionado a la salud y era menor el riesgo de sufrir caídas a diferencia del grupo que no practicaba este deporte. (18)

García Angelica Valeria, Parrales Mirko (2016) En una investigación realizada sobre **“Evaluación del equilibrio estático y dinámico en los adultos mayores del centro gerontológico María Reina de la Paz, Cuenca 2016”**. Tuvo como objetivo: Evaluar el equilibrio estático y dinámico en los Adultos Mayores. Investigación de tipo descriptivo transversal. Población: de 75 ancianos, se aplicaron dos pruebas, la prueba de apoyo unipodal y el Timed get up and go test. Se obtuvieron como resultados que el 85,3% era de sexo femenino, el 44% viudos, el 60% desocupados y la edad promedio fue de 78,04 años, mientras que el promedio de los resultados de las pruebas de equilibrio, apoyo unipodal derecho fue de 6,08 segundos se encontró como normal, en la prueba de apoyo unipodal izquierdo el tiempo fue de 4,89 segundos que es alto riesgo de caída; y en el Timed get up and go test el tiempo empleado fue de 11.89 segundos que fue leve riesgo de caída. Las mujeres y las personas mayores a 81 años. Se concluyó que las mujeres y los ancianos de 81 años son más propensos a sufrir caídas por alteración del equilibrio. (19)

Flores, B. Et al.(2018) En su estudio sobre **“Percepción de los adultos mayores acerca de su calidad de vida. Una perspectiva desde el contexto familiar”**,

objetivo: evaluar el nivel de calidad de vida. Metodología: Diseño descriptivo y transversal, muestra conformada por 99 personas adultas mayores, se evaluó con la escala WHOQOL-BREF. Resultado: El promedio de edad fue de 70.24 ± 8.13 . El 52.5% de sexo masculino. El 68.7% vivía con pareja y el 62.6% eran católicos. La calidad de vida fue deficiente en un 45.5% de los adultos mayores y solo en 10.1% fue alta. Más de la mitad de los ancianos (63.7%) relataron estar satisfechos con su estado de salud. La calidad de vida fue deficiente en los gerontos ≥ 81 años (60%), mujeres (42.6%), en aquellos que eran testigos de Jehová (60%) y en los que no tenían mayor nivel de educación. El estado de salud fue deficiente en este grupo poblacional de 71 a 80 años, del sexo masculino (42.3%), de religión católica (40.3%) no tenían escolaridad (44%). En la dimensión de salud física una media de 39.32%, salud psicológica 42.67%, relaciones sociales 39.3 % y medio ambiente 37.4%. Conclusiones: Aproximadamente la mitad de las personas mayores mostraron calidad de vida deficiente. La dimensión ambiente fue la más afectada a diferencia de las dimensiones siguientes fueron bajas. Finalmente a más edad disminuye la calidad de vida, y es más notable en el sexo femenino. (20)

Peña, E.et al (2019) en la investigación “Calidad de vida en adultos mayores de Guerrero, México” cuyo objetivo: Describir la calidad de vida, Materiales y métodos: Investigación cuantitativa de corte transversal y analítico, la muestra fue probabilística, se incluyeron 75 gerontos de 65 años y más, residentes de asilo, casa de día y localidad rural; el criterio de selección aplicado fue la firma previa del consentimiento informado. Se utilizó el Cuestionario sociodemográfico y Cuestionario de Salud SF-36 versión 2 española Health Survey, Se encontró como resultados que el 80% de los adultos mayores encuestados manifestó mala calidad de vida. Conclusiones: Los

adultos mayores de guerrero presentaban porcentajes altos de alteraciones físicos, emocionales, y sociales, que dan origen a una mala perspectiva de su salud y vida. (21)

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. ADULTO MAYOR

El ente encargado de vigilar la salud a nivel mundial (OMS), el grupo poblacional de adultos mayores de 60 a 74 años son consideradas de tercera edad o adultos mayores; de 75 a 89 se les denomina personas viejas o gerontos, las que sobrepasan los 90 se les conoce grandes viejos o grandes longevos y está lleno de diversos cambios emocionales, físicos, sociales y su entorno. (13)

2.2.2. ENVEJECIMIENTO

Son aquellos cambios orgánicos estructurales y funcionales desde el desarrollo embrionario hasta la senectud. Se trata de un proceso complejo e irreversible que ocurre en todo ser vivo. (13)

2.2.2.1 Inherencias del envejecimiento

- Es universal, cada ser vivo pasa por este ciclo.
- Es progresivo, es continuo.
- Es dinámico, que es variable y escalonado.
- Es irreversible, es Inevitable, definitivo.
- Es declinante, hay deterioro del organismo en cuanto a sus funciones gradualmente hasta llegar a la muerte.

- Es heterogéneo e individual, cada ser vivo presenta sus propias peculiaridades y varía entre uno a otro, no necesariamente todos siguen un patrón establecido. (26)

2.2.2.2 Cambios fisiológicos en el proceso de envejecimiento

Sistema renal: Hay evidencia de pérdida parénquima renal con un 10% de los 40 años. Las edades de 40 o 50 años el peso renal son de 250- 270 gramos y a los 70 o 90 años reduce a 180-200 gramos. (26)



Sistema Cardiovascular:

- **Envejecimiento arterial,** hay cambios en las arterias de conducción de la pared arterial (diámetro mayor a 300 micrómetros) que pueden originar una hipertensión arterial.
- **Envejecimiento cardiaco,** hay reducción en la capacidad y fisiología del corazón al ejercicio. (26)

Sistema muscular: Los cambios que surgen gradualmente en el tejido muscular, número y tamaño de fibras musculares. La consecuencia es la pérdida de fuerza y masa muscular lo cual conlleva a la sarcopenia, También los ligamentos y tendones pierden elasticidad limitando el movimiento de las articulaciones. (26)

Sistema del sistema respiratorio: Con respecto a la estructura el sistema respiratorio se encuentra comprometida su función desde diferentes variantes y afecta a distintos órganos y su relación entre sí. El proceso osteoporótico ocasiona los hundimientos vertebrales, los cartílagos costales y condroesternales se encuentran calcificados, aumento de cifosis dorsal asociada a la edad, disminución de la capacidad de expandir la caja

torácica durante la inspiración disponiendo al diafragma a una posición inadecuada para realizar contracción efectiva. Aumento del volumen residual por alteración del parénquima pulmonar ocasionado por la degeneración de las fibras elásticas que se encuentran alrededor, este proceso se inicia a partir de los 50 años. Con respecto a la función el sistema respiratorio, disminuye la capacidad de generar volúmenes y flujos para facilitar el intercambio de gases. (27)

Sistema Endocrino: Desequilibrio en la función hormonal en el aparato reproductor, Deficiente absorción y activación de la vitamina D, alteración de la homeostasis de la glicemia (hiperglucemia), producción de tiroxina, un aumento de la hormona antidiurética, deficiencia de la hormona de crecimiento (disminución de la masa muscular), disminución de la renina y aldosterona (hiponatremia/hipercalcemia) Además se presenta alteración de la función neuroendocrina, reducción de la producción de neurotransmisores, como la dopamina, la norepinefrina y de los opioides. Todos estos cambios traen como consecuencia el debilitamiento del estímulo de la secreción hipofisaria, una respuesta exagerada al estrés. (13)

Sistema gastrointestinal: La pérdida de piezas dentales ocasiona deficiencias en la función del esófago, digestión y metabolizar ciertos nutrientes en el estómago y el intestino delgado, reducción de la capacidad para secretar enzimas digestivas para la digestión, atrofia del tejido gastrointestinal, déficit en la absorción de nutrientes, disminución del tono muscular y el peristaltismo del intestino. (13)

Sistema locomotor: Las modificaciones se producen en el cartílago articular, a los 50 años supone un problema para el 33% de la población,

la degeneración del cartílago puede llegar a comprometer la movilidad de la articulación está asociada al dolor, inmovilidad, dependencia. La disminución en la firmeza y flexibilidad de tendones y ligamentos generan mayor inestabilidad articular y pérdida de funcionalidad del segmento. (13)

Sistema nervioso: Los cambios considerables se dan en el cerebro por disminución del número de neuronas, dendritas enzimas , la síntesis de neurotransmisores colinérgicos y dopaminérgicos, que evidencian alguna forma de alteración cognitiva (concentración, memoria, atención) ,capacidad visual-espacial, en la coordinación de movimientos, dificultad en los reflejos posturales para reaccionar ante un evento fortuito ,y generan en los ancianos aminoración en las respuestas cognitivas como la agilidad mental y capacidad de razonamiento abstracto, percepción, análisis e integración de la información sensorial. Estos cambios, aunque son relativamente normales, no se encuentran presentes en todos los adultos mayores, ya que existe un grupo numeroso que conserva sus funciones intelectuales y cognitivas intactas. Sin embargo, debemos hacer énfasis que la edad fisiológica puede ser más “vieja” o más “joven” que la edad cronológica, dependiendo de la reserva fisiológica o funcional de algunos órganos considerados como “esenciales” estos son el cerebro, el corazón, los pulmones y los riñones. (13)

Sentido de la visión: Disminuye la acomodación ocular, adelgazamiento de la retina, degeneración macular, trastorno de coloración, rigidez y tamaño del cristalino; lo que ocasiona la disminución de agudeza visual, campos visuales y velocidad de adaptación a la oscuridad, alteración de

los reflejos pupilares, aumenta la frecuencia de cataratas, astigmatismo y miopía. (13)

Audición y equilibrio: Se presenta esclerosis de los huesecillos y una disminución de alta frecuencia, menor irrigación vascular, lo cual conlleva a presentar los problemas auditivos provocando disminución de la audición y alteraciones del equilibrio. (13)

2.2.2.3 Consecuencia del envejecimiento

Diversas investigaciones han demostrado que el envejecimiento se encuentra asociado a problemas físicos, psicológicos y sociales. Esto puede ser percibido de diversas maneras dependiendo de cómo el individuo quiera entender el proceso. Se han demostrado varias condiciones que pueden rodear el proceso del envejecimiento, las cuales pueden ser positivas o negativas.

Las características adversas del envejecimiento son un grupo de dolencias crónicas complejas que padecen los individuos, ya que generarán discapacidad y restricciones en las actividades de la vida diaria. Sin embargo, en la última década diversos autores han recomendado una serie de propuestas sobre el envejecimiento que permite ver un estilo mucho más optimista la etapa final de la vida en estos grandes señores, los cuales tenemos.

Envejecimiento exitoso: sugerido por Rowe, quien manifiesta que es la destreza para desempeñarse en mínimo riesgo de enfermar, con el máximo nivel de actividad física, mental y absolutamente involucrado con la vida

conservando relaciones interpersonales y participación de las actividades significativas en su entorno. (28)

Envejecimiento saludable: Fue consensuado por la Organización Mundial de Salud (1998), y se encuentra considerado como la fase que comienza mucho antes de los 60 años. Esta solo puede obtenerse desarrollando desde edades tempranas hábitos y estilos de vida saludables, así como la prevención temprana de algunas enfermedades y discapacidades de los individuos. (28)

Envejecimiento activo: Hace hincapié en la creación de políticas relacionadas con la necesidad del envejecimiento tanto en lo saludable como activo de acuerdo con las características de cada individuo tanto físicas, psicológicas, socioeconómicas y culturales de cada persona. (28)

2.2.3 El Equilibrio

Son fuerzas que favorecen la estabilidad del cuerpo permitiendo mantener una posición deseada o moverse hacia una dirección establecida sin perder el balance. Para mantener el equilibrio se necesita la proyección del suelo con el centro de gravedad y que se mantenga en el interior de la superficie de apoyo. En el caso de la postura en bípedo el punto de apoyo encuentra en los pies, asimismo, si se quiere disminuir los efectos de la gravedad y gasto energético, el equilibrio en bipedestación es fundamental la alineación del cuerpo con una postura correcta, para que la línea vertical de la gravedad, en el plano sagital, baje por el centro mastoideo y mínimamente por delante de las articulaciones del hombro, la rodilla y tobillo. (29)

2.2.3.1 Sistemas sensoriales asociados al control del equilibrio.

Sistema visual. Su función es brindar información sobre el posicionamiento de la cabeza en el espacio con la intención de conseguir el nivel de la mirada, regula la velocidad de los movimientos de la cabeza, porque los elementos cercanos se mueven en dirección contraria. Este impulso aumenta el balance y la estabilidad del individuo cuando la información propioceptiva no es totalmente confiable mediante la fijación de la mirada en un objeto. (30)

Sistema vestibular. Es un sistema multimodal que se encarga de brindar información que el sistema nervioso central requiere sobre los movimientos y dirección de la cabeza a los cuales se encuentra sometida, los receptores en los canales semicirculares son estructuras sofisticadas que reconocen la aceleración angular de la cabeza, los receptores que receptionan el movimiento de los canales semicirculares analiza la aceleración angular de la cabeza y los receptores que registra el movimiento de los otolitos dentro de los cuales se encuentran el sáculo y utrículo, reconocen la aceleración lineal y la posición de la cabeza con respecto a la gravedad. Los movimientos rápidos de la cabeza se encuentran moderado por los canales semicirculares, como el caminar o durante sucesos de alteración del equilibrio, y los otolitos actúan en los movimientos lentos de la cabeza, como en el caso de los balanceos posturales. Por tanto, estos órganos cumplen un rol muy importante y complejo que también depende de la visión y el control de los ojos y derivados al sistema somatosensorial y vestibular para ser integrado a nivel central. (30)

Sistema somato sensorial. Permite que el sistema nervioso central regule los estímulos impresiones, selecciona y coordina los impulsos sensoriales de los órganos y receptores que componen el sistema visual y vestibular. El

desempeño sensorial en el control del equilibrio requiere de la información vestibular, visual y somato sensorial para que se coordine de forma adecuada y llegue a proporcionar el sentido de la orientación y movimiento. La información sensorial recibida se incorpora y analiza en el cerebelo, los núcleos de la base y las áreas motoras suplementarias. (30)

2.2.3.2 Tipos de Equilibrio

Equilibrio Estático: Se define como la habilidad del control motor para permanecer en la posición del cuerpo contra la gravedad en posición bípedo o sentado, en un espacio y lugar elegido, La condición de equilibrio es mucho más estable cuando el centro de gravedad se encuentra lo más bajo posible y la línea de gravedad cae dentro del centro de una base amplia. (31)

Equilibrio Dinámico: es considerada como la destreza del control motor para organizar, recibir y percibir información de la posición del cuerpo en movimiento sobre una superficie de apoyo estable, como en el caso de los cambios de posición sentada a la de pie o al caminar. Este tipo de equilibrio está presente en cada uno de los movimientos dinámicos (31)

2.2.3.3 Condiciones del Equilibrio

Centro de gravedad. Es el punto del cuerpo humano en el cual inician todos los movimientos para mantenerlo en equilibrio. Coincide con el ombligo, mientras más alto sea menos equilibrio tendrá el individuo. (31)

Base de sustentación. Es la posición erguida, la base de sustentación se definida por el apoyo de los dos pies. Es decir, a los lados de la cara lateral

de cada pie y los dedos, por delante la línea que une los dos dedos más salientes de cada pie y por detrás la línea que une los talones. A mayor base de sustentación mayor superficie presentará. (31)

Proyección del centro de gravedad sobre la base de sustentación. Se efectúa una línea imaginaria al suelo, si cae dentro de la base de sustentación decimos que hay equilibrio, si cae fuera se pierde el equilibrio. Si el centro de gravedad cae dentro del centro de la base de sustentación tendremos equilibrio, sin embargo, si se desplaza hacia afuera se pierde. (31)

2.2.3.4 Factores que afectan el equilibrio corporal:

Base de sustentación. Cuando el sujeto incrementa la base de sustentación el equilibrio será mejor.

Altura. Si el individuo presenta una estatura baja, su centro de gravedad se encontrará disminuida y su equilibrio será mayor.

Peso. Cuando más pesa una estructura más estable y equilibrado está.

2.2.4 Equilibrio en el Adulto Mayor

Es un estado significativo en geriatría con mayor prevalencia en personas de edad avanzada. Esta alteración del equilibrio se exterioriza al realizar las actividades de vida cotidiana y cuando encontramos riesgos ambientales para el desenvolvimiento. Los cambios en las estructuras corporales que intervienen en el equilibrio y el movimiento son una consecuencia inevitable del envejecimiento.

(13)

Los sistemas que se involucran en la pérdida del equilibrio por el envejecimiento son:

- Sistema sensorial (Alteración propioceptiva y de la sensibilidad)
- Sistema visual (Déficit de información visual)
- Sistema vestibular (Asociado a alteraciones neurológicas)

Sistema motor (Déficits de la función musculoesquelética) Cuando se altera más de un sistema y se producen cambios funcionales a nivel del sistema nervioso central se alteran las respuestas del control motor. Por lo cual el adulto mayor manifiesta una disfunción motora evidente, empleando situaciones de estrategia y compensaciones para la ejecución de los movimientos. (13)

2.2.5 Caídas

La Organización Mundial de Salud, precisa como el resultado a cualquier acontecimiento que acelera al sujeto al suelo en contra de su voluntad. Este suceso suele ser imprevisto, involuntario e inesperado y puede ser corroborado por la persona o un testigo. Los mayores de 60 años son quienes son más propensos a sufrir caídas mortales. Cada año se producen 37.3 millones de caídas cuya gravedad requiere atención médica. (3) La disfunción en la capacidad física genera un incremento en un alto índice de caídas porque el individuo no desempeña sus actividades regulares generando dependencia familiar y del sistema de salud. (32)

Las caídas se producen por el deterioro físico que dificulta conservar una posición adecuada, esta puede ser en sentado, o de pie. Estos sucesos ocurren por la disminución de la fuerza y masa muscular, alteración en la marcha y equilibrio disfunciones multiorgánicas que lo conlleva a la disminución de su calidad de vida de la población mayor. (13)

Según Quintero determino que las caídas según tiempo se presentaban de lunes a viernes con un 72,8% (286) sábado a domingo el 27,2% (107). El horario que se produjo la caída el 38,4% (151) de los casos se produjo en la mañana, seguido de un 37,7% (148) en la tarde un 23,9% (94) se dieron por la noche. Finalmente, cuando se evaluó la frecuencia de las caídas, se evidenció que en el 98,7% habían sucedido por primera vez y de 2 a más veces con el 1,3%. (32)

2.2.5.1 Riesgo de caídas

La Organización Mundial de Salud menciona que el riesgo de caídas como “la combinación de probabilidades de que se produzca una caída con desenlaces perjudiciales para la persona”, Las lesiones ocasionadas por caídas en los adultos mayores de más de 60 años tienen un alto costo para el sistema sanitario. Igualmente, de acuerdo con la Guía de Manejo de la OPS, refiere que el 70% de ancianos pierden el equilibrio, y 10 personas mayores del mismo lugar 3 de ellos se caen al año. (4)

Las caídas alcanzan implicancia, debido a la frecuencia y gravedad; además, están vinculadas con la edad y el sexo, y tienen una mayor prevalencia en el sexo femenino, pero tiende a equipararse después entre los 75 años en ambos sexos. Silva J, et.al, En una de las investigaciones realizadas en Perú, en 60 adultos mayores, encontró que la prevalencia de caídas fue de 33%, y fue en la población de mujeres de 60 a 69 años la mayor frecuencia de caídas. (33)

En 2017, Se realizó un estudio donde Incluyeron a pacientes atendidos en consultorios ambulatorios en el periodo 2010-2015. se observó como

resultado que el sexo masculino (58.38%) y la media de la edad fue de 78.34 ± 8.54 años. Con respecto al sexo femenino y masculino, ambos tuvieron un mayor porcentaje de antecedente de caídas (63.60% y 58.46%), respectivamente. La edad, presentaron tres o más comorbilidades y una prueba de alcance funcional menor, fueron los factores relacionados al incremento de las caídas. Sumado a ello, se descubrió que los factores de riesgo para sufrir caídas fue presentar una circunferencia de la pantorrilla menor a 31 centímetros, fuerza de prensión alterada y rendimiento físico pobre. Se concluyó que se debe identificar los factores de riesgo que aumentan las caídas en el adulto mayor, de forma que se puedan adaptar medidas para evitar las caídas. (34)

2.2.5.2 Factores de riesgo relacionados con las caídas

Factores intrínsecos:

- **Factores intrínsecos no modificables**

- ✓ Edad: Las personas en edad avanzada de 85 años tienen mayor riesgo de sufrir caída
- ✓ Sexo: El grupo femenino tienen un 67% más son más propensas a sufrir caídas no fatales, sin embargo, la tasa de mortalidad esperada ajustada es 49% más alta en hombres que en mujeres.
- ✓ Medicamentos: están considerados como un componente de riesgo como los antidepresivos, antihipertensivos, benzodiazepinas y otros, se ha evidenciado la relación con caídas.

- **Factores intrínsecos modificables.** Encontramos como ejemplo. Las disfunciones visuales, como las cataratas, degeneración macular,

glaucoma, uso de lentes inadecuados también la alteración propioceptiva, dificultades vestibulares, inmovilidad y el uso de dispositivos de asistencia.

- **Factores extrínsecos:**

La arquitectura de la vivienda, singularidades del suelo, modificaciones en la posición del asiento. Además se determinaron los componentes como el clima, vestimenta, transporte. (35)

2.2.5.3 Evaluación del riesgo de caídas

Para conocer la valoración sobre riesgo de caídas en el adulto mayor se han establecidos diferentes escalas de evaluación que sean fiables y validados. En esta investigación se usará el Timed up and go test (TUG).

Timed Up and Go Test (levántate y anda)

El Get up and go test fue presentado en un estudio llamado “The Timed Up and go: A test of basic functional Movility for Frail elderly persons” por Podsiadlo D. y Richardson S. en 1991. Es una prueba rápida, que no requiere de algún entrenamiento específico y se puede usar en el examen físico de los pacientes, dicha prueba ha sido utilizada en la detección del riesgo de caídas. (36)

En Perú en el año 2010 los doctores Miguel Gálvez Cano y Varela Pinedo Luis Fernando, del Instituto de Gerontología de La Universidad Cayetano

Heredia presentaron el estudio “Correlación del Test Get Up and Go con el Test de Tinetti en la evaluación del riesgo de caídas en los adultos mayores” en la cual se evidenció una buena correlación entre la prueba de equilibrio de Tinetti como Gold estándar y el Test Get Up and Go, un índice kappa de 0.81 lo cual define la utilidad como prueba adecuada para en la evaluación del equilibrio, la marcha y riesgo de caída. (36) En estudios posteriores se dispuso a someter la validez y confiabilidad el Timed get up Go test y según alfa de Cronbach obtuvo un 0,96 de confiabilidad es por ello la utilización de dicho instrumento. (15)

Para el procedimiento de evaluación se le indica al paciente que debe levantarse de la silla, caminar con paso seguro aproximadamente tres metros de distancia, luego debe girar y regresar a tomar asiento. El adulto mayor tiene la oportunidad de realizar la actividad una vez para familiarizarse con la prueba. El sujeto debe usar vestimenta cómoda, si usa ayuda biomecánica habitual para caminar (bastón o andador) si fuera necesario. Se admite como normal si el tiempo es menor a 10 segundos (sin riesgo de caída), riesgo leve de caída entre 11-20 segundos, moderado riesgo de caída 20-29 y riesgo alto más de 30 segundos. (37)

2.2.5 Calidad de Vida

Como afirma la OMS y el Grupo WHOQOL calidad de vida es "la estimación que el sujeto posee de sí mismo sobre el área y entorno que lo rodea, la cultura, valores inculcados con los que vive en relación con sus metas, expectativas, normas, y necesidades. Es una valoración amplia que está amparada por la condición física

del individuo, mental, grado de funcionalidad y autosuficiencia, sus relaciones sociales, y el contacto con los componentes básicos con su medio ambiente. (38)

La calidad de vida en el adulto mayor se relaciona con su desempeño autónomo, con el reconocimiento de su pasado y de la trascendencia de su futuro dentro de su propia historia de interacciones elocuentes y participativas en el ámbito social, apreciándose como un ser social asimismo depende del componente biológico y el medio ambiente en el cual se desenvuelve. Las relaciones interpersonales y apoyo social establecen uno de los aspectos primordiales para el bienestar subjetivo de los individuos a lo largo de todo su ciclo vital sin embargo en la vejez las relaciones familiares están sujetas a variaciones sustanciales que generan nuevos modelos de interacción, como por ejemplo, la llegada de los nietos, la muerte del cónyuge, momento en que resulta fundamental disponer del apoyo de los hijos o cuidadores. (40)

Tuesta M, menciona “la calidad de vida del adulto mayor se define como la capacidad con que la persona puede discernir sus circunstancias y está asociado con la personalidad de cada uno, la propia percepción de bienestar y satisfacción de la vida que lleva, esto se puede evidenciar con la propia experiencia del individuo, el grado de interacción social y ambiental, generalmente se debe a múltiples factores, considerados significativos por cada persona”. La calidad de vida está descrita como el bienestar físico, mental, social y ambiental del ser humano, esto adquiere relevancia cuando se observa el abandono de la salud en este grupo etareo. (39)

Además, Yturbe D, considera que es el grado de satisfacción, bonanza y dicha del ser humano, que va incrementando sus competencias de desempeño durante su

existencia, de forma individual y se observa en el completo agrado de sí mismo aun con pocos recursos. Los ancianos pasan por múltiples cambios constantes, pasan de ser personas laboriosas, productivas a pensionistas y en la mayoría de los casos a necesitar del soporte económico de la familia o del gobierno, pese a que no son personas incapacitadas atraviesan por una serie de modificaciones globales como resultado del envejecimiento fisiológico, transformándolo en adultos mayores aislados y dependientes incluso en casos de desamparo por sus familias. (42)

Desde el punto de vista de Aponte V. en el año 2015, sostiene que mientras el individuo envejece, las probabilidades de sufrir alteraciones del sistema motor son mayores, por lo tanto, se encontrara mermada su la calidad de vida. Esté grupo poblacional siente aprehensión de empobrecer su capacidad física y mental, esto puede empeorar cuando la persona tiene dificultades en su estado de ánimo, esto configura la posibilidad de presentar deficiencia en control corporal. (41)

Asimismo, la Calidad de vida atesora la aptitud física en la cual cada individuo experimenta salud y seguridad, en la perspectiva emocional (cómo se siente consigo mismo) agregado a ello el aspecto social en la cual interviene la afinidad con la familia, amigos, y la sociedad. Los lazos familiares favorecen el agrado y frente a las carencias del individuo en incentiva un mejor desempeño personal en la sociedad y su entorno. (41)

2.2.5.1 Dimensiones de la calidad de vida

Dimensión Física:

La cualidad física es un elemento primordial para tener una vejez exitosa, lo observamos a través del entrenamiento y mantenimiento de un cuerpo

sano. Figueroa, considera calidad de vida como la disciplina de la destreza física y la inexistencia de enfermedades, puntualiza que la aflicción causada por el dolor como una impresión incomoda que se exterioriza en el cuerpo, el movimiento es referente de la capacidad de movilizarse de forma independiente para realizar sus actividad, también el sueño y descanso es el estado de tranquilidad del individuo, asimismo, estar saludable físicamente implica la optimización del funcionamiento del organismo, esto se alcanza con la práctica del ejercicio , alimentación equilibrada y buen estado de salud mental .sin embargo con el paso de los años los gerontos presentan cambios orgánicos que afecta su desenvolvimiento individual. (42)

Dimensión psicológica:

El aspecto psicológico Es la consciencia de la persona en su aspecto cognitivo y emocional, describe lo aspectos positivos como la satisfacción, alegría, creencias individuales que posee cada individuo, La capacidad de pensar , aprender, memorizar y la concentración, es una conjunto de mecanismos que facilitan la revolución del comportamiento de la persona en el tiempo permitiendo expresar y reconocer sentimientos, la imagen corporal se representa de cómo percibe su apariencia física, el autoestima es la estimación que posee sobre sí misma, finalmente menciona los aspectos negativos es la sensación de disconformidad sobre sí mismo. Esto influye en la búsqueda de un propósito de control para sobrellevar algún imprevisto que amenaza su supervivencia, si se enfrenta de manera positiva, se obtienen resultados positivos. La población adulto mayor requieren de sistemas de protección para mantener o mejorar su calidad de

vida, vigilancia psicológica que permitan incentivar una visión positiva de su vejez, sin embargo, la limitación en las actividades diarias y la alteración en su funcionalidad están relacionadas con depresión estas a su vez se encuentran vinculadas a enfermedades crónicas. Algunos ancianos expresan sentimientos de desconsuelo, soledad, agravio familiar y del cuidador. (42)

Dimensión Relaciones Sociales:

Es la apreciación individual sobre los vínculos que el hombre construye en el medio que lo rodea incorporando un rol social ya sea desempeñando una función dentro de la sociedad y la relación con el entorno de la familia, amigos, colegas, etc. cada día. Se contempla de la siguiente manera: Las relaciones interpersonales están fortalecidas en los aspectos físicos y mentales, se ven reflejados por la seguridad y calidad de vida. Esta dimensión se determina como el individuo valora la afinad interpersonal y las tareas sociales en la vida, involucrando a otros seres humanos con los cuales convive, su sexualidad, ayuda social. Este grupo etareo no cuenta con áreas suficientes en las cuales tengan la posibilidad de participar, aunque ellos se sienten autónomos y se puedan percibir como individuos independientes. (42)

Dimensión Ambiente:

se considera la sensación de seguridad, en su casa, trabajo, se conceptúa como la habilidad de discernir y realizar actividades por propia iniciativa, la contaminación ambiental, estado del clima, ruido y el déficit en la economía, involucra también el ingenio y capacidad de buscar y recibir información y el transporte de un lugar a otro. (42)

2.2.5.2 Evaluación de la calidad de Vida

Para determinar calidad de vida han sido elaborados diversos instrumentos confiables con diferentes escalas de evaluación , sin embargo para la presente estudio se eligió el WHOQOL-BREF ,este instrumento fue creado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), fue consensuado en quince países y actualmente se encuentra en más de treinta idiomas, 40 países, permite una exploración de los aspectos más significativos sobre la calidad de vida de la población de ancianos, se destacó datos propios de la investigación, la prueba está definida por 26 preguntas y cada una tiene 5 opciones de respuesta tipo Likert ,puntuándose del 1 a la 5.Las dos primeras preguntas se refieren a la calidad de vida y satisfacción con el estado de salud. (39)

Las 24 interrogantes examinan 4 dimensiones:

Dominio Salud física (7 ítems)

Dolor: P3, dependencia e fármacos: P4, estado de ánimo en el desempeño de sus actividades: P10, actividades de ocio: P15, sueño y descanso: P16, satisfacción con la habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria:P17,satisfacción con la capacidad de trabajo:P18.

Teniendo como indicadores

Mala:7-14 puntos, Regular:15-18, Buena:19-35 puntos.

Dominio Psicológica (6 ítems):

Cuanto disfruta de la vida P5, sentido de la vida P6, capacidad de concentración P7, apreciación sobre su apariencia física P11, Satisfacción consigo mismo P19, Frecuencia de sentimientos de tristeza, depresión, ansiedad, P26.

Mala: 6-17 puntos, Regular: 18-19 puntos, Buena: 20-30 puntos.

Dominio Relaciones sociales (3 ítems):

Satisfacción con sus relaciones personales P20, satisfacción de vida sexual P21, satisfacción del apoyo de que tiene de sus amigos P22.

Mala: 3-7 puntos, Regular: 8-9, Buena: 10-15 puntos.

Dominio Ambiente (8 ítems):

Seguridad: P8, salud: P9, economía disponible P12, información oportuna: P13, actividad de ocio P14, satisfacción con las condiciones del lugar donde vive P23, satisfacción con acceso a servicios sanitarios P24, satisfacción del transporte P25.

Para medir calidad de vida en general según cuestionario **WHOQOL-BREF**:

Calidad de vida Baja: <69 puntos

Calidad de vida Regular: 70-90 puntos.

Calidad de vida Buena: 100-130 puntos.

Validación y confiabilidad del cuestionario WHOQOL-BREF (calidad de vida)

En el Perú en el año 2014 un estudio elaborado sobre Salud y Calidad de vida en personas mayores de 412 participantes se dividió aproximadamente en 206 adultos mayores en cada grupo. La muestra fue por conveniencia, hasta alcanzar el tamaño de muestra, se consideró a Centros del Adulto Mayor, donde se realizan múltiples actividades recreativas y de integración, parques, eventos sociales y lugares de cobro de pensión y domicilios. La variable principal, calidad vinculada a la salud, evaluada a través de WHOQOL-BREF, creada por la OMS todas las dimensiones del instrumento mostraron un alfa de Cronbach mayor a 0,70, confirmando su fiabilidad. (43)

Es importante mencionar que el fisioterapeuta cumple un rol importante en el abordaje del riesgo de caídas y otras alteraciones propias del adulto mayor es por ello por lo que se realizó el estudio en el Instituto de la Familia Canto Grande con la finalidad de brindar información estadística ya que dicho centro promueve el envejecimiento saludable realizando evaluaciones continuas para prevenir, mantener o mejorar la calidad de vida de la población de la tercera edad.

2.3. Terminología

Adulto Mayor: La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera aquellas personas que tienen una edad mayor o igual de 60 años y los que pasan de 80 años

Envejecimiento: Es un proceso natural, gradual y universal del deterioro del organismo, como resultado de cambios ligados al tiempo, esencialmente irreversible y común a toda la especie humana.

Calidad de vida: La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la calidad de vida como “la percepción que un individuo tiene sobre la vida”, entorno personal, relación con el medio ambiente, asimismo el aspecto cultural, religioso, valores y principios en los que vive en relación con sus metas, objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.

Caída: Pérdida del equilibrio o de la estabilidad de una persona o cosa por la acción del propio peso.

Riesgo: Es el proceso por el cual se analiza la probabilidad de ocurrencia y posibles consecuencias del daño o del evento que surge como resultado de la exposición a determinados sucesos

2.4 FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

2.4.1 HIPÓTESIS GENERAL

Ho: No existe relación entre riesgo de caída y calidad de vida en los adultos mayores del programa adulto mayor del Instituto de la familia, canto Grande, marzo 2019.

Ha: Sí existe relación entre el riesgo de caída y calidad de vida en los adultos mayores del programa adulto mayor del Instituto de la familia, canto Grande, marzo 2019.

2.4.2 HIPÓTESIS ESPECIFICAS

- **Ho:** No existe relación entre el riesgo de caída y la dimensión salud física en los adultos mayores del programa adulto mayor del Instituto de la familia, canto Grande, marzo 2019.

Ha: Si existe relación entre el riesgo de caída y la dimensión salud física en los adultos mayores del programa adulto mayor del Instituto de la familia, canto Grande, marzo 2019.

- **Ho:** No existe relación entre el riesgo de caída y la dimensión salud psicológica en los adultos mayores del programa adulto mayor del Instituto de la familia, canto Grande, marzo 2019.

Ha: Si existe relación entre el riesgo de caída y la dimensión salud psicológica en los adultos mayores del programa adulto mayor del Instituto de la familia, canto Grande, marzo 2019.

- **Ho:** No existe relación entre el riesgo de caída y la dimensión relaciones sociales en los adultos mayores del programa adulto mayor del Instituto de la familia, canto Grande, marzo 2019.

Ha: Si existe relación entre el riesgo de caída y la dimensión relaciones sociales en los adultos mayores del programa adulto mayor del Instituto de la familia, canto Grande, marzo 2019.

- **Ho:** No existe relación entre riesgo de caída y la dimensión ambiente en los adultos mayores del programa adulto mayor del Instituto de la familia, canto Grande, marzo 2019.

Ha: Si existe relación entre riesgo de caída y la dimensión ambiente en los adultos mayores del programa adulto mayor del Instituto de la familia, canto Grande, marzo 2019.

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación:

En la presente investigación el método empleado fue el hipotético-deductivo, ya que se generó una hipótesis a raíz de los datos empíricos existentes. Es hipótesis generó el problema general de investigación e impulsó la búsqueda de su veracidad o falsedad y, arribar a una conclusión, siguiendo el procedimiento y reglas establecidos para lograr tal fin (44).

3.2. Enfoque investigativo:

El enfoque del presente estudio fue cuantitativo, ya que la recolección y el análisis de datos tuvo como finalidad brindar respuesta a las Hipótesis planteadas a través de la medición numérica y el sistema estadístico de las variables de estudio.

3.3. Tipo de investigación:

El tipo de investigación fue aplicada, porque buscó el uso de conocimientos que fueron adquiridos e implementados con nuevas investigaciones. Estuvo orientado a la solución de problemas de la vida cotidiana o el control de situaciones de manera práctica. Asimismo, la investigación fue descriptiva correlacional, ya que buscó la relación entre dos o más variables. La utilidad más relevante de esta investigación fue conocer acerca del comportamiento de una variable frente a otra en vinculación.

3.4. Diseño de investigación:

El diseño de la presente investigación fue no experimental puesto que no hubo manipulación de las variables y solo se realizó la observación del fenómeno motivo del

estudio. Asimismo, fue transversal y prospectiva ya que se aplicó los instrumentos de evaluación en un intervalo de tiempo y a una muestra definida.

3.5. Población, muestra y muestreo

3.6.1 Población

La población estuvo constituida por 55 adultos mayores del Programa Adulto Mayor del Instituto de la Familia de Canto Grande, en el mes de marzo 2019.

3.6.2 Muestra

La muestra del presente estudio estuvo formada por 50 adultos mayores que asistieron al Programa Adulto Mayor del Instituto de la Familia de Canto Grande, en el mes de marzo 2019 y fue obtenida de manera censal, debido a que no se aplicó fórmula para determinarla y solo se usó los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

3.6.3 Muestreo

Se realizó el tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia, de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión siguientes:

Criterios de inclusión

- Adultos mayores que tenían de 60 años a más.
- Adultos mayores que aceptaron ser parte del estudio y firmaron el consentimiento informado.

- Adultos mayores que estaban Hemodinamicamente estables.
- Adultos mayores que asistían regularmente al programa de adulto mayor del Instituto de la Familia de Canto Grande.

Criterios de exclusión

- Adultos mayores que presentaban deterioro cognitivo severo
- Adultos mayores que presentaron descompensaciones durante la evaluación.
- Adultos que presenten dolor que les impida realizar la prueba

3.6. Variables y operacionalización

Variables	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	Escala de medición	Escala valorativa
Edad	Años transcurridos desde su nacimiento		Años cumplidos	Ordinal	
Sexo	Género que indica en el documento de identidad		Femenino/Masculino	nominal	
Riesgo de Caída	1. Numero de segundos que dura la persona en caminar 3 metros al ser evaluada con el TUG.	1.1. Pararse 1.2. Caminar 1.3. Girar 1.4. Caminar 1.5. Sentarse	1.1.1. El paciente debe sentarse en la silla con la espalda apoyada en el respaldar y los brazos descansando sobre los apoyabrazos. 1.1.2. Pídale a la persona que se levante de una silla estándar y camine una distancia de 3 metros. 1.1.3. Haga que la persona se de media vuelta, camine	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • ≤ 10 seg. Normal (sin riesgo de caída) • 11 Seg a 20 seg (leve riesgo de caída) • >20-29 seg (moderado riesgo de caída). • >30 seg (alto riesgo de caída)

			<p>de vuelta a la a silla y se siente de nuevo.</p> <p>1.1.4. El cronometraje comienza cuando la persona comienza a levantarse de la silla y termina cuando regresa a la silla y se sienta.</p> <p>1.1.5. La persona debe dar un intento de practica y luego repite 3 intentos. Se promedian los tres reales se promedian.</p>		
Calidad de Vida	1. Apreciación que el sujeto tiene de sí mismo, del lugar en su existencia, valorada con el Test de WHOQOL-BREF	1.1. Salud Física	<p>1.1.1. Dolor.</p> <p>1.1.2. Dependencia de medicinas.</p> <p>1.1.3. Energía para la vida diaria</p> <p>1.1.4. Movilidad.</p> <p>1.1.5. Sueño y descanso</p>	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • <69 calidad de vida baja • 70-99 calidad de vida modera • 100-130 calidad de vida Buena

		<p>1.2. Salud psicológica</p> <p>1.3. Relación social</p> <p>1.4. Ambiente</p>	<p>1.1.6. Actividades de la vida diaria.</p> <p>1.1.7. Capacidad para el trabajo.</p> <p>1.2.1. Sentimientos positivos.</p> <p>1.2.2. Espiritualidad, religión, creencias.</p> <p>1.2.3. pensamientos, aprendizaje, memoria y concentración.</p> <p>1.3.1. Relaciones personales.</p> <p>1.3.2. Actividad sexual.</p> <p>1.3.3. Apoyo social.</p> <p>1.4.1. Libertad y seguridad.</p> <p>1.4.2. Ambiente físico.</p> <p>1.4.3. Recursos económicos.</p> <p>1.4.4. Oportunidades de información.</p>		
--	--	--	---	--	--

			1.4.5. Ocio y descanso. 1.4.6. Hogar. 1.4.7. Atención sanitaria/social. 1.4.8. Transporte.		
--	--	--	--	--	--

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

Para la recolección de datos de la presente investigación se hizo uso de la técnica de la encuesta; y se utilizó en cada participante dos cuestionarios el Timed up and go para la evaluación del riesgo de caída y Whoqol -Bref para la evaluación de la calidad de vida.

3.7.2. Descripción

- **Timed up and go test.**

Es una herramienta utilizada para identificar a los pacientes en riesgo de caer. En el cual se pretende medir el tiempo que el adulto mayor tarda en levantarse de una silla, caminar tres metros, girar, caminar de regreso a la silla y sentarse. Según Varela et al, Al comparar los resultados de las Pruebas de Tinetti y “Get Up and Go” se evidencio que existía buena correlación entre ambas pruebas cuando se usa el punto de corte de menos de 20 segundos para el “Get Up and Go test” índice Kappa de 0,81. (36)

- **Whoqol-Bref**

Fue creado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), fue consensuado en quince países y actualmente se encuentra en más de treinta idiomas, 40 países, permite una exploración de los elementos más relevantes de la calidad de vida en los adultos mayores, se presentaron datos generales propios de la investigación, el cuestionario está constituida por 26 preguntas las cuales cada

una tiene 5 opciones de respuesta tipo Likert ,puntuándose del 1 a la 5.Las dos primeras preguntas se refieren a la calidad de vida y satisfacción con el estado de salud. (42)

Las 24 preguntas siguientes examinan 4 dimensiones:

Dominio Salud física (7 ítems) evalúa la dependencia a los fármacos, estado de ánimo en el desempeño de sus actividades ánimo, dolor, agilidad, sueño y descanso, capacidad de trabajo, actividades habituales de la vida. (P3, P4, P10, P15, P17, P18). Teniendo como indicadores

Mala:7-14 puntos, Regular:15-18, Buena:19-35 puntos.

Dominio Psicológica (6 ítems): que son los sentimientos positivos, sentimientos negativos, creencias personales, espiritualidad, religión, aprendizaje, pensamiento, memoria, concentración, imagen corporal, autoestima. (P5, P6, P7, P11, P19, P26) Teniendo como indicadores

Mala:6-17 puntos, Regular:18-19 puntos, Buena:20-30 puntos.

Dominio Relaciones sociales (3 ítems): son el apoyo social, relaciones personales, actividad sexual. (P20, P21, P22) teniendo como indicadores

Mala:3-7 puntos, Regular:8-9, Buena:10-15 puntos.

Dominio Ambiente (8 ítems): recursos económicos, libertad y seguridad, ambiente físico, oportunidad de información, ocio y descanso, hogar, atención sanitaria/social, transporte. (P8, P9, P12, P13, P14, P24, P25)

Mala:8-18 puntos. Regular:19-21puntos, Buena:22-40 puntos.

Para medir calidad de vida en general según cuestionario **WHOQOL-BREF**:

Calidad de vida Baja: <69 puntos

Calidad de vida Regular: 70-90 puntos.

Calidad de vida Buena:100-130 puntos

3.7.3. Validación

- **Timed up and go test.**

En cuanto a las evidencias de su validación, se encontró una validez de 0,96 alfa de Cronbach, reflejando un alto grado de consistencia interna que demuestra la efectividad de este instrumento en la evaluación de la depresión en la población adulta mayor (15).

- **Whoqol-Bref**

Una investigación sobre Salud y Calidad de vida en personas mayores en Perú cuya población fue de 412 colaboradores, muestra de 206 geriatras en cada grupo, realizada bajo los criterios de inclusión y exclusión, en espacios donde se realizan múltiples actividades recreativas y de integración, parques, eventos sociales y lugares de cobro de pensión y domicilios para este grupo etareo. La variable principal, calidad vinculada a la salud, evaluada a través de WHOQOL-BREF, sus resultados sobre las dimensiones del instrumento mostraron un alfa de Cronbach mayor a 0,70, confirmando su fiabilidad. (46)

3.7.4. Confiabilidad

La confiabilidad del Timed up and go test es del 0,81 alfa de Cronbach y de la escala de calidad de vida de WHOQOL-BREF es de 0,70.

Es importante mencionar que el fisioterapeuta cumple un rol importante en el abordaje del riesgo de caídas y otras alteraciones propias del adulto mayor es por

ello por lo que se realizó el estudio en el Instituto de la Familia Canto Grande con la finalidad de brindar información estadística ya que dicho centro promueve el envejecimiento saludable realizando evaluaciones continuas para prevenir, mantener o mejorar la calidad de vida de la población de la tercera edad.

3.8. Procesamiento y análisis de datos

Después de recolectar los datos, se elaboró una matriz de datos utilizando el Programa Microsoft Excel 2016 y luego de ser codificados de manera conveniente se trasladaron al Programa Estadístico SPSS V25 para el análisis correspondiente. El método de análisis fue cuantitativo ya que se evaluó la media, mediana, desviación estándar y los valores máximos y mínimos. Debido que los resultados de las variables de estudio fueron convertidos a determinadas escalas valorativas (ordinales), se utilizó las frecuencias y porcentajes consignados en tablas y figuras. Asimismo, para determinar la relación entre variables, se utilizó la prueba de Chi-cuadrado y la exacta de Fisher considerándose significativa para $p < 0,05$.

3.9. Aspectos éticos

El desarrollo del trabajo de investigación la información proporcionada por los adultos mayores será de carácter reservado asimismo los participantes no serán expuestos a ningún tipo de riesgo tanto física, psicológica. La recolección de los datos se ejecutó respetando siempre el pudor e integridad del individuo, además cada participante tuvo en cuenta en todo momento que, si deseaba optar por retirarse del estudio, lo podía hacer en el momento que deseaba

La información obtenida fue utilizada para fines de la investigación y dándose a conocer de forma exclusiva a los involucrados: bajo respectivas normas éticas. Por lo antes expuesto, el estudio cumplió con las normas éticas, de acuerdo con los criterios de Helsinki para la investigación médica en seres humanos y en los principios éticos como son: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia; además del mantenimiento de la confidencialidad.

CAPITULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Resultados

4.1.1 Análisis descriptivo

Características sociodemográficas de la muestra

Tabla 1. Edad promedio en los adultos mayores del Programa Adulto Mayor del Instituto de la Familia, Canto Grande, marzo 2019.

Características de la edad	
Muestra	50
Promedio	66,48
Desviación estándar	±5,52
Edad mínima	60
Edad máxima	84

Fuente: Elaboración propia

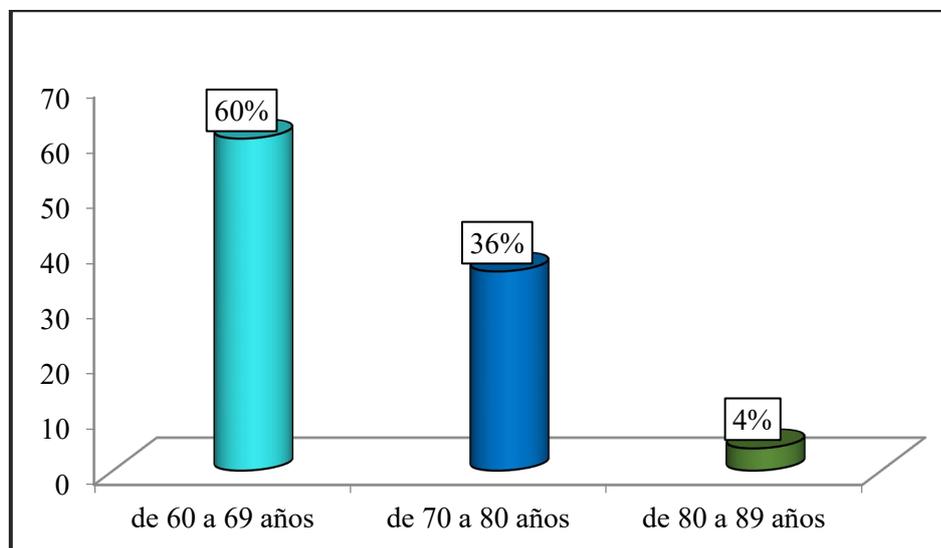
La muestra, formada por 50 adultos mayores del Programa Adulto Mayor del Instituto de la Familia, Canto Grande, marzo 2019, que fueron evaluados respecto al riesgo de caídas y la Calidad de vida, presentaron una edad promedio de 66,48 años, con una desviación estándar de $\pm 5,52$ años y un rango de edad que iba desde los 60 a los 84 años.

Tabla 2. Edad etárea en los adultos mayores del Programa Adulto Mayor del Instituto de la Familia, Canto Grande, marzo 2019

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
de 60 a 69 años	30	60,0	60,0
de 70 a 79 años	18	36,0	96,0
de 80 a 89 años	2	4,0	100,0
Total	50	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

Figura 1. Edad etárea de la muestra en porcentajes



Fuente: Elaboración propia

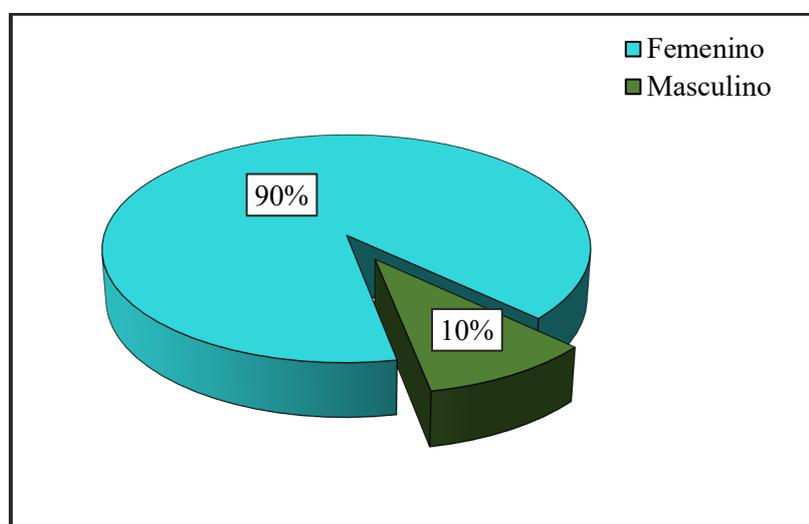
En la tabla 2 y figura 1 se presenta la distribución de la muestra de acuerdo a la edad etárea. Al distribuir la muestra en tres grupos etáreos, se encontró que mayoritariamente (60,0%) estuvo formada por gerontos que tenían de 60 a 69 años; el 36,0% tenía entre 70 y 79 años, mientras que solo el 4,0% presentaron una edad de 80 a 89 años.

Tabla 3. Sexo en los adultos mayores del Programa Adulto Mayor del Instituto de la Familia, Canto Grande, marzo 2019.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Femenino	45	90,0	90,0
Masculino	5	10,0	100,0
Total	50	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Figura 2. Sexo de la muestra en porcentajes



Fuente: Elaboración propia

La tabla 3 y figura 2 presenta la distribución de la muestra según el sexo. Se observa que la mayor parte de los adultos mayores del Programa Adulto Mayor del Instituto de la Familia de Canto Grande (90,0%), era del sexo femenino y solo el 10,0% eran del sexo masculino.

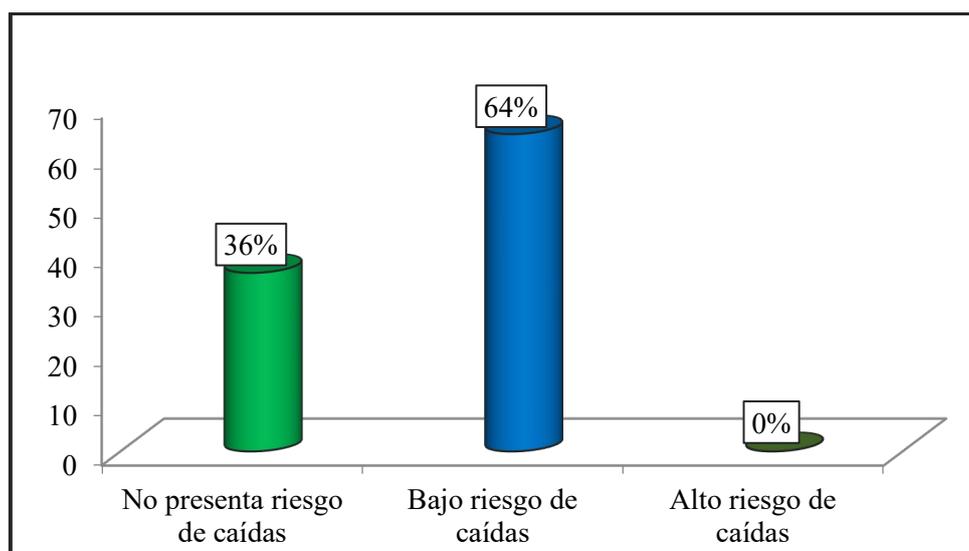
EVALUACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS DE LA MUESTRA

Tabla 4. Riesgo de caídas en los adultos mayores del Programa Adulto Mayor del Instituto de la Familia, Canto Grande, marzo 2019.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No presenta riesgo de caídas	18	36,0	36,0
Bajo riesgo de caídas	32	64,0	100,0
Alto riesgo de caídas	-	-	100,0
Total	50	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

Figura 3: Calidad subjetiva de sueño por parte de la muestra



Fuente: Elaboración Propia

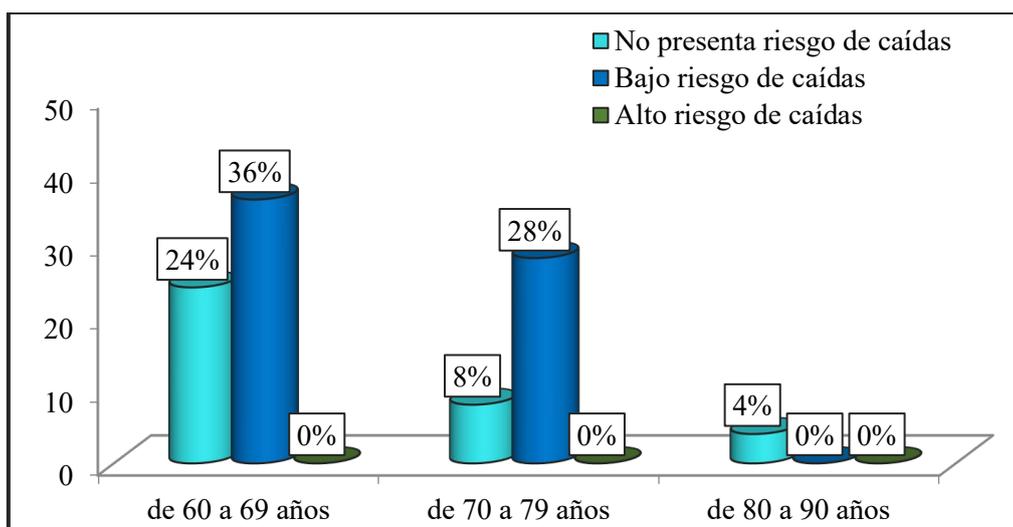
La tabla 4 y figura 3 presentan los resultados del riesgo de caídas de la muestra, formada por 50 Adulto Mayores del Instituto de la Familia, Canto Grande, marzo 2019. Solo el 36,0% de la muestra no presentó riesgo de caídas, mientras que el 60,0% presentaron riesgo de caídas bajo o leve y ningún adulto mayor presento riesgo de caídas alto.

Tabla 5. Riesgo de caídas en los adultos mayores, según edad, del Programa Adulto Mayor del Instituto de la Familia, Canto Grande, marzo 2019.

Edad Etárea	Riesgo de caídas de la muestra		Total
	Normal	Riesgo de caídas leve	
de 60 a 69 años	12	18	30
de 70 a 79 años	4	14	18
de 80 a 90 años	2	0	2
Total	18	32	50

Fuente: Elaboración Propia

Figura 4: Riesgo de caída de la muestra según edad



Fuente: Elaboración Propia

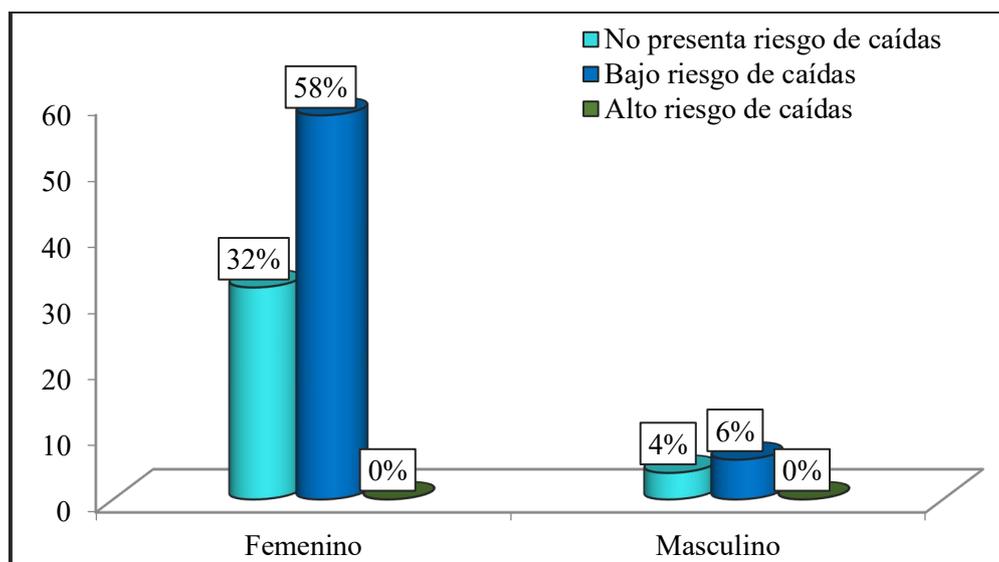
La tabla 5 y figura 4 presentan la evaluación del riesgo de caídas según la edad de la muestra. En los adultos mayores que tenían de 60 a 69 años, el 24% presentaron normalidad y el 36% presentaron riesgo de caídas leve. En los que tenían de 70 a 79 años, el 8% presentaron normalidad y el 28% presentaron riesgo de caídas leve. En los adultos mayores que tenían de 80 a 89 años, el 4% presentó normalidad y ningún adulto mayor presentó riesgo de caídas leve.

Tabla 6. Riesgo de caídas en los adultos mayores, según sexo, del Programa Adulto Mayor del Instituto de la Familia, Canto Grande, marzo 2019.

		Riesgo de caídas de la muestra		Total
		Normal	Riesgo de caídas leve	
Sexo	Femenino	16	29	45
	Masculino	2	3	5
Total		18	32	50

Fuente: Elaboración Propia

Figura 5: Riesgo de caída de la muestra según sexo



Fuente: Elaboración Propia

La tabla 6 y figura 5 presentan la evaluación del riesgo de caídas según sexo la muestra. En los adultos mayores que eran del sexo femenino, el 32% presentaron normalidad y el 58% presentaron riesgo de caídas leve. En los que eran del sexo masculino, el 4% presentaron normalidad y el 6% presentaron riesgo de caídas leve.

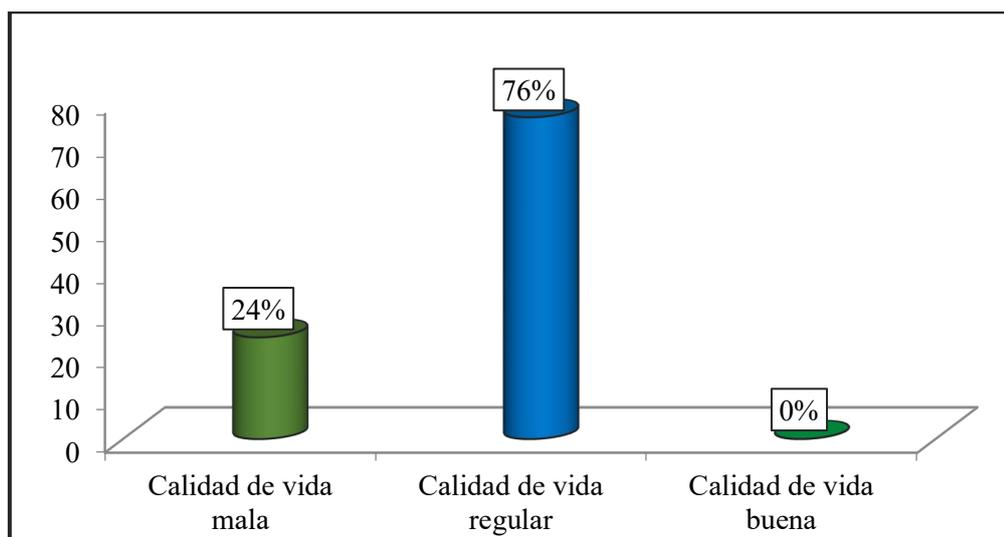
EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA MUESTRA

Tabla 7. Calidad de vida en los adultos mayores del Programa Adulto Mayor del Instituto de la Familia, Canto Grande, marzo 2019.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Calidad de vida mala	12	24,0	24,0
Calidad de vida regular	38	76,0	100,0
Calidad de vida buena	-	-	100,0
Total	50	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Figura 6: Calidad de vida de la muestra



Fuente: Elaboración propia

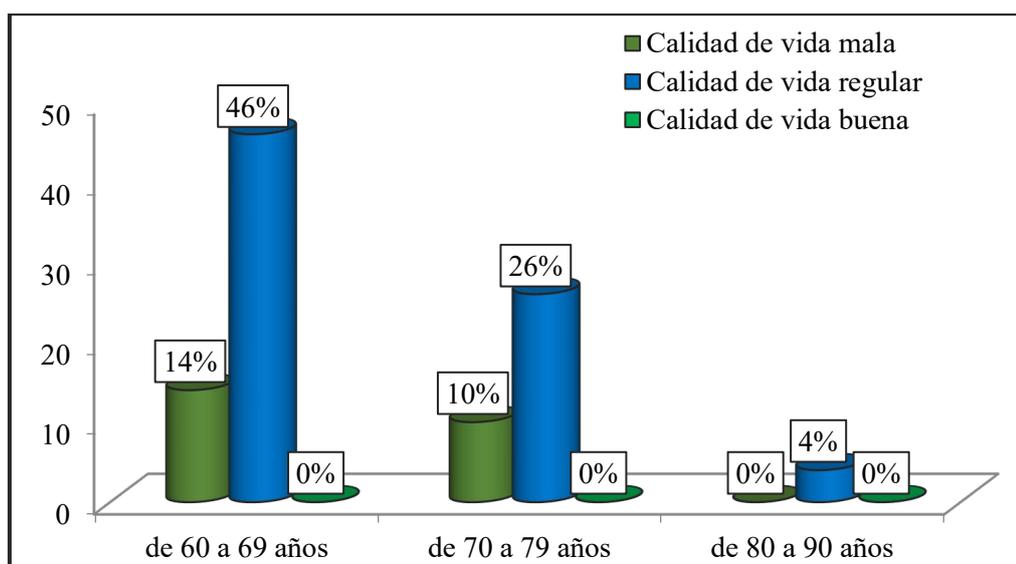
La tabla 7 y figura 6 presentan los resultados de la calidad de vida de la muestra, formada por 50 adultos mayores del Programa Adulto Mayor del Instituto de la Familia, Canto Grande, marzo 2019. Solo el 24% de la muestra presentó una mala calidad de vida; el 76% de la muestra presentó una calidad de vida regular y ningún adulto mayor presentó una buena calidad de vida.

Tabla 8. Calidad de vida en los adultos mayores, según edad, del Programa Adulto Mayor del Instituto de la Familia, Canto Grande, marzo 2019.

	Calidad de vida de la muestra		Total
	Mala	Regular	
Edad Etárea de 60 a 69 años	7	23	30
de 70 a 79 años	5	13	18
de 80 a 90 años	-	2	2
Total	12	38	50

Fuente: Elaboración Propia

Figura 7: calidad de vida de la muestra según edad



Fuente: Elaboración Propia

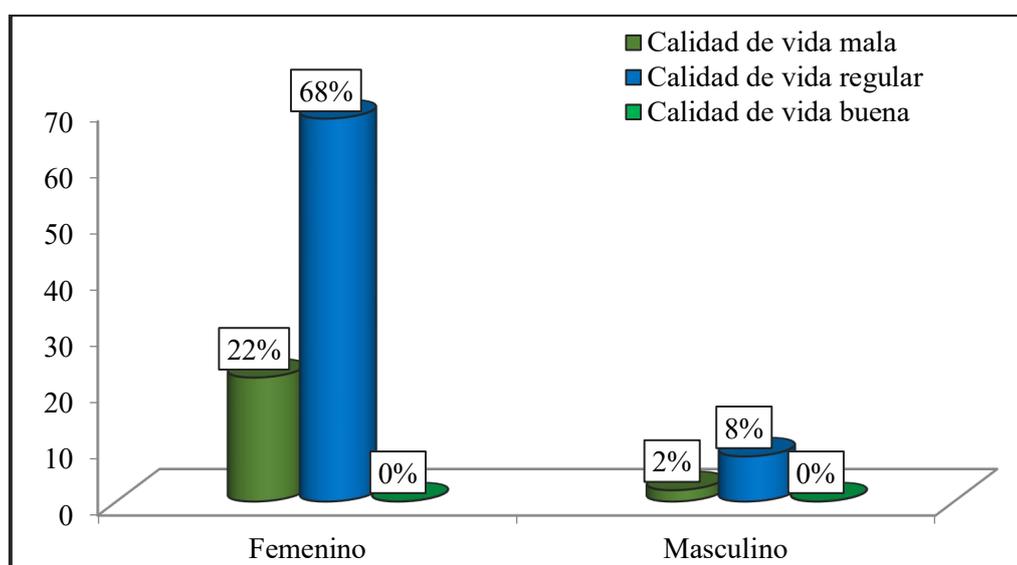
La tabla 8 y figura 7 presentan la evaluación de la calidad de vida de la muestra según la edad. En los adultos mayores que tenían de 60 a 69 años, el 14% presentaron mala calidad de vida y el 46% presentaron una calidad de vida regular. En los que tenían de 70 a 79 años, el 10% presentaron mala calidad de vida y el 26% presentaron calidad de vida regular. En los que tenían de 80 a 89 años, ninguno presentó mala calidad de vida y el 4% presentó una calidad de vida regular.

Tabla 9. Calidad de vida en los adultos mayores, según sexo, del Programa Adulto Mayor del Instituto de la Familia, Canto Grande, marzo 2019.

		Calidad de vida de la muestra		Total
		Mala	Regular	
Sexo	Femenino	11	34	45
	Masculino	1	4	5
Total		12	38	50

Fuente: Elaboración Propia

Figura 8: calidad de vida de la muestra según sexo



Fuente: Elaboración Propia

La tabla 7 y figura 6 presentan la evaluación de la calidad de vida de la muestra según sexo. En los adultos mayores que eran del sexo femenino, el 22% presentaron mala calidad de vida y el 68% presentaron una calidad de vida regular. En los que eran del sexo masculino, el 2% presentaron mala calidad de vida y el 8% presentaron calidad de vida regular.

Tabla 10. Riesgo de caídas y dimensiones de la calidad de vida en los adultos mayores del Programa Adulto Mayor del Instituto de la Familia, Canto Grande, marzo 2019.

Dimensiones		Riesgo de caídas de la muestra		Total	P
		Normalidad	Riesgo de caídas leve		
Salud física	Calidad de vida regular	1	10	11	0,035*
	Calidad de vida buena	17	22	39	
Salud psicológica	Calidad de vida mala	3	12	15	0,013**
	Calidad de vida regular	6	16	22	
	Calidad de vida buena	9	4	13	
Relaciones sociales	Calidad de vida mala	0	6	6	0,006**
	Calidad de vida regular	1	10	11	
	Calidad de vida buena	17	16	33	
Ambiente	Calidad de vida regular	2	14	16	0,017*
	Calidad de vida buena	16	18	34	
Total		18	32	50	

* Obtenido mediante la prueba exacta de Fisher ** Obtenido mediante la prueba Chi-cuadrado

Fuente: Elaboración Propia

La tabla 16 presenta el riesgo de caídas y las dimensiones de la calidad de vida de la muestra. En la dimensión de salud física, la mayor parte (20%) de los que presentaron calidad de vida regular, tenían riesgo de caídas leve y la mayor parte (44%) de los

que presentaron calidad de vida buena tenían riesgo de caídas leve. Asimismo, se encontró que hay relación ($p < 0,05$), entre el riesgo de caídas y la dimensión salud física.

En la dimensión de salud psicológica, la mayor parte (24%) de los que presentaron calidad de vida mala, tenían riesgo de caídas leve; la mayor parte (32%) de los que presentaron calidad de vida regular tenían riesgo de caídas leve y la mayor parte (18%) de los que presentaron calidad de vida buena, no tenían riesgo de caídas. Asimismo, se encontró que hay relación ($p < 0,05$), entre el riesgo de caídas y la dimensión salud física.

En la dimensión relaciones sociales, la mayor parte (12%) de los que presentaron calidad de vida mala, tenían riesgo de caídas leve; la mayor parte (20%) de los que presentaron calidad de vida regular tenían riesgo de caídas leve y la mayor parte (34%) de los que presentaron calidad de vida buena, no tenían riesgo de caídas. Asimismo, se encontró que hay relación ($p < 0,05$), entre el riesgo de caídas y la dimensión relaciones sociales.

En la dimensión de ambiente, la mayor parte (28%) de los que presentaron calidad de vida regular y la mayor parte (36%) de los que presentaron calidad de vida buena tenían riesgo de caídas leve. Asimismo, se encontró que hay relación ($p < 0,05$), entre el riesgo de caídas y la dimensión de ambiente.

4.1.2 Prueba de hipótesis

4.1.2.1. Hipótesis General: Existe relación entre el riesgo de caídas y la calidad de vida de los adultos mayores del programa adulto mayor del instituto de la familia canto grande marzo 2019.

H₀: No existe relación entre el riesgo de caídas y la calidad de vida de los adultos mayores del programa adulto mayor del instituto de la familia canto grande marzo 2019

H_a: Si existe relación entre el riesgo de caídas y la calidad de vida de los adultos mayores del programa adulto mayor del instituto de la familia canto grande marzo 2019

Nivel de Significación: $\alpha = 5\% \approx 0,05$

Prueba Estadística: Prueba exacta de Fisher

Tabla 11: Pruebas exacta de Fisher

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,246	1	0,022	
Razón de verosimilitud	6,200	1	0,013	
Prueba exacta de Fisher				0,021
Asociación lineal por lineal	5,141	1	0,023	
N de casos válidos	50			

Fuente: Elaboración Propia

Decisión y conclusión:

Dado que el nivel de significancia de la prueba exacta de Fisher es $p < 0,05$, se rechaza la hipótesis nula, es decir que existe relación entre el riesgo de caídas y la calidad de vida de los adultos mayores del programa adulto mayor del instituto de la familia canto grande marzo 2019.

4.1.2.2 Hipótesis específica H1: Existe relación entre el riesgo de caídas y la dimensión de salud física de los adultos mayores del programa adulto mayor del instituto de la familia canto grande marzo 2019.

H₀: No existe relación entre el riesgo de caídas y la dimensión de salud física de los adultos mayores del programa adulto mayor del instituto de la familia canto grande marzo 2019.

H_a: Si existe relación entre el riesgo de caídas y la dimensión de salud física de los adultos mayores del programa adulto mayor del instituto de la familia canto grande marzo 2019.

Nivel de Significación: $\alpha = 5\% \approx 0,05$

Prueba Estadística: Prueba exacta de Fisher

Tabla 12. Prueba exacta de Fisher

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,432	1	0,035	
Razón de verosimilitud	5,217	1	0,022	
Prueba exacta de Fisher				0,035
Asociación lineal por lineal	4,343	1	0,037	
N de casos válidos	50			

Fuente: Elaboración Propia

Decisión y conclusión:

Dado que el nivel de significancia de la prueba exacta de Fisher es $p < 0,05$, se rechaza la hipótesis nula, es decir que existe relación entre el riesgo de caídas y la dimensión de salud física de los adultos mayores del programa adulto mayor del instituto de la familia canto grande marzo 2019.

4.1.2.3 Hipótesis específica H2: Existe relación entre el riesgo de caídas y la dimensión de salud psicológica de los adultos mayores del programa adulto mayor del instituto de la familia canto grande marzo 2019.

Ho: No existe relación entre el riesgo de caídas y la dimensión de salud psicológica de los adultos mayores del programa adulto mayor del instituto de la familia canto grande marzo 2019.

Ha: Si existe relación entre el riesgo de caídas y la dimensión de salud psicológica de los adultos mayores del programa adulto mayor del instituto de la familia canto grande marzo 2019.

Nivel de Significación: $\alpha = 5\% \approx 0,05$

Prueba Estadística: Prueba Chi-cuadrado de Pearson

Tabla 13. Prueba Chi-cuadrado de Pearson

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,625	2	0,013
Razón de verosimilitud	8,500	2	0,014
Asociación lineal por lineal	6,880	1	0,009
N de casos válidos	50		

Fuente: Elaboración Propia

Decisión y conclusión:

Dado que el nivel de significancia de la prueba Chi-cuadrado de Pearson es $p < 0,05$, se rechaza la hipótesis nula, es decir que existe relación entre el riesgo de caídas y la dimensión de salud psicológica de los adultos mayores del programa adulto mayor del instituto de la familia canto grande marzo 2019.

4.1.2.4 Hipótesis específica H3: Existe relación entre el riesgo de caídas y la dimensión de relaciones sociales de los adultos mayores del programa adulto mayor del instituto de la familia canto grande marzo 2019.

Ho: No existe relación entre el riesgo de caídas y la dimensión de relaciones sociales de los adultos mayores del programa adulto mayor del instituto de la familia canto grande marzo 2019.

Ha: Si existe relación entre el riesgo de caídas y la dimensión de relaciones sociales de los adultos mayores del programa adulto mayor del instituto de la familia canto grande marzo 2019.

Nivel de Significación: $\alpha = 5\% \approx 0,05$

Prueba Estadística: Prueba Chi-cuadrado de Pearson

Tabla 14. Prueba Chi-cuadrado de Pearson

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,280	2	0,006
Razón de verosimilitud	12,992	2	0,002
Asociación lineal por lineal	9,231	1	0,002
N de casos válidos	50		

Fuente: Elaboración Propia

Decisión y conclusión:

Dado que el nivel de significancia de la prueba Chi-cuadrado de Pearson es $p < 0,05$, se rechaza la hipótesis nula, es decir que existe relación entre el riesgo de caídas y la dimensión de relaciones sociales de los adultos mayores del programa adulto mayor del instituto de la familia canto grande marzo 2019.

4.1.2.5 Hipótesis específica H3: Existe relación entre el riesgo de caídas y la dimensión de ambiente de los adultos mayores del programa adulto mayor del instituto de la familia canto grande marzo 2019.

H₀: No existe relación entre el riesgo de caídas y la dimensión de ambiente de los adultos mayores del programa adulto mayor del instituto de la familia canto grande marzo 2019.

H_a: Si existe relación entre el riesgo de caídas y la dimensión de ambiente de los adultos mayores del programa adulto mayor del instituto de la familia canto grande marzo 2019.

Nivel de Significación: $\alpha = 5\% \approx 0,05$

Prueba Estadística: Prueba exacta de Fisher

Tabla 15. Prueba exacta de Fisher

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,640	1	0,018	
Razón de verosimilitud	6,269	1	0,012	
Prueba exacta de Fisher				0,017
Asociación lineal por lineal	5,527	1	0,019	
N de casos válidos	50			

Fuente: Elaboración Propia

Decisión y conclusión:

Dado que el nivel de significancia de la prueba exacta de Fisher es $p < 0,05$, se rechaza la hipótesis nula, es decir que existe relación entre el riesgo de caídas y la dimensión de ambiente de los adultos mayores del programa adulto mayor del instituto de la familia canto grande marzo 2019.

4.1.3 Discusión de resultados

El presente estudio de investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el riesgo de caídas y la calidad de vida en los adultos mayores del Programa Adulto Mayor del Instituto de la Familia, Canto Grande, marzo 2019, ello podría originar un aumento del riesgo de sufrir caídas y por ende disminuir su calidad de vida.

Los resultados obtenidos muestran que existe relación entre el riesgo de caídas y la calidad de vida en los adultos mayores la cual fue establecida mediante la prueba estadística exacta de Fisher y se obtuvo una $p < 0,05$.

En la evaluación del riesgo de caídas de los adultos mayores se encontró que el 64% de la muestra presentó riesgo leve de caídas y con respecto a la edad y sexo, se encontró que en los adultos de 60 a 69 años, el 36% presentaron riesgo de caídas leve, en los que tenían de 70 a 79 años, el 28% presentaron riesgo de caídas leve y los 2 que tenían de 80 a 89 años presentaron normalidad, resultados similares a los de Rosa Rodríguez, Angie Rodríguez (2019) los cuales indican que el grupo etéreo de 70 a 79 años fue el que presentó mayor riesgo de caídas de nivel bajo o leve; y difieren de los resultados obtenidos por Núñez, C. et al (2018) donde se indica que el riesgo de caídas fue del 41,7%.

Con respecto al sexo, el 58% de las mujeres presentaron riesgo de caídas leve y el 6% de los hombres presentaron riesgo de caídas leve, resultados que concuerdan con los encontrados por Hidalgo, M. et al. (2016) los cuales indican que el grupo poblacional más susceptible a sufrir caídas son mujeres y con el estudio de García Angelica Valeria, PARRALES Mirko (2016) que encontró resultados iguales.

En la evaluación de la calidad de vida de los adultos mayores encontramos que el 24% tenían mala calidad de vida y el 76% regular y con respecto a la edad y sexo, se encontró que en los adultos de 60 a 69 años, el 14% presentaron mala calidad de vida y el 46% una calidad de vida regular; en los que tenían de 70 a 79 años, el 10%

presentaron mala calidad de vida y el 26% una calidad de vida regular; y los 2 que tenían de 80 a 89 años presentaron buena calidad de vida, resultados que difieren a los de Bedon, C. (2018) los cuales indican que el 58% de la muestra de estudio presentó calidad de vida media y el 13% calidad de vida mala; y con el de Flores et al, (2019) cuyo estudio encontró que la calidad de vida fue deficiente (mala y regular) en un 45%.

Con relación al sexo, el 22% de las mujeres presentaron mala calidad de vida y el 68% regular calidad de vida regular y el 2% de los hombres presentaron mala calidad de vida y 8% calidad de vida regular, resultados similares a los encontrados por Flores et al, (2019) cuyo estudio encontró que la calidad de vida es deficiente en la población femenina.

Respecto a la relación entre el riesgo de caídas y la dimensión salud física, en los adultos mayores del Programa Adulto Mayor del Instituto de la Familia, Canto Grande, se encontró que existe relación ($p < 0,05$).

Los hallazgos encontrados muestran que existe relación entre el riesgo de caídas y la dimensión salud psicológica, en los adultos mayores del Programa Adulto Mayor del Instituto de la Familia, Canto Grande ($p < 0,05$).

Respecto a la relación entre el riesgo de caídas y la dimensión relaciones sociales, en los adultos mayores del Programa Adulto Mayor del Instituto de la Familia, Canto Grande, se encontró que existe relación ($p < 0,05$).

Los hallazgos encontrados muestran que existe relación entre el riesgo de caídas y la dimensión ambiente, en los adultos mayores del Programa Adulto Mayor del Instituto de la Familia, Canto Grande ($p < 0,05$).

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- De acuerdo con las evidencias respecto a las variables del presente estudio, podemos concluir que existe relación entre el riesgo de caídas y la calidad de vida en los adultos mayores del programa adulto mayor del instituto de la familia canto grande marzo 2019.
- Se concluye que, en todos los grupos de edades, la mayor parte (64%) el riesgo de caída de la muestra fue leve, excepto en el grupo etáreo de 80 a 90 años que no presento riesgo de caídas, pero solo fue del 4%. Asimismo, en los adultos mayores del sexo femenino y masculino, la mayor parte (64%) el riesgo de caída de la muestra fue leve
- Se concluye que, en todos los grupos de edades, la mayor parte (76%) la calidad de vida de la muestra fue regular. Así también, en los adultos mayores del sexo femenino y masculino, la mayor parte (76%) el riesgo de caída de la muestra fue regular.
- Según los hallazgos encontrados podemos concluir que existe relación entre el riesgo de caídas y la dimensión de salud física en los adultos mayores del programa adulto mayor del instituto de la familia canto grande marzo 2019.
- Se concluye que existe relación entre el riesgo de caídas y la dimensión de salud psicológica en los adultos mayores del programa adulto mayor del instituto de la familia canto grande marzo 2019.

- Se concluye que existe relación entre el riesgo de caídas y la dimensión de relaciones sociales en los adultos mayores del programa adulto mayor del instituto de la familia canto grande marzo 2019.
- Se concluye que existe relación entre el riesgo de caídas y la dimensión de ambiente en los adultos mayores del programa adulto mayor del instituto de la familia canto grande marzo 2019.

5.2 Recomendaciones

- Se recomienda realizar otras investigaciones que amplíen y profundicen respecto a la relación entre el riesgo de caídas y la calidad de vida en poblaciones adultas mayores que asisten diferentes programas de atención al adulto mayor que existen en los distritos de Lima; los aportes de dichas investigaciones ayudarán a prevenir dos de los factores que aquejan a dicha población, como es el riesgo de caídas y la calidad de vida.
- Se recomienda a los directivos del Instituto de la Familia de Canto Grande, propiciar programas de ejercicios, campañas de prevención, mediante charlas o repartición de folletos, con el objetivo de disminuir el riesgo de caídas de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores a los cuales brinda atención.
- Se recomienda evaluar de manera permanente el riesgo de caídas y la calidad de vida de los adultos mayores que acuden al Instituto de la Familia de Canto Grande, a fin de establecer protocolos que garanticen una óptima atención de esta población adulta mayor.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y Salud. [Online].; 2018 [cited 2020 Enero 22. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>.
2. Acción Multisectorial para un Envejecimiento Saludable Basado en el Ciclo de la Vida; Proyecto de Estrategia y Plan de Acción Mundial Sobre el Envejecimiento Y la Salud. [Online].; 2016 [cited 2020 Enero 22. Available from: https://www.who.int/iris/bitstream/handle/10665/253025/A69_17-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
3. OMS. Caídas. [Online].; 2016 [cited 2020 Enero 22. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>.
4. OPS. Guía de Diagnóstico y Manejo. [Online].; 2010 [cited 2020 Enero 23. Available from: http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/programas/guia_medica_de_atencion_integra_am_digital.pdf.
5. Astudillo C, Alvarado L, Sánchez J, Encalada L. Prevalencia de Caídas en adultos Mayores Y Factores Asociados en la Parroquia Sidcay, Cuenca 2013. Rev.Fac.Cien.Med.Uni.Cuenca Abril; 35(30-38).
6. Chávez G. Consolidado e Informe Final Sobre evento Adverso: Caídas Durante el año 2018. Lima.; Lima; 2018.
7. Galvan Y. El Síndrome de Caídas y la Calidad de Vida Relacionada con la Salud del Adulto Mayor. Archivos en Medicina. 2010 Marzo; 12(1).

8. Ramos ME. Consecuencias a traumatismos por Caídas en adultos mayores atendidos por emergencia del hospital Goyeneche de Arequipa. Tesis. Arequipa: Universidad Católica de Santa María, Arequipa; 2017.
9. Bloch F. Caidas en Ancianos. EMC-Tratado de Medicina. 2015 Diciembre; 19(4).
- 10 Varela P. Perfil clínico, funcional y sociofamiliar del adulto mayor de la comunidad en un distrito de Lima, Perú. Rev.Peru.Med.EX.Salud Publica. 2015 Octubre; 32(4).
- 11 Paterne G, Bardales Y, Martínez M. Calidad de Vida. Elsevier. 2012; 115(62).
- 12 Lisigurski M, Varela L. Principios de Geriatria y Gerontologia. Universidad Cayetano Heredia. 2003; 7(63).
- 13 Penny E, Melgar F. Geriatria y Gerontologia para el Medico Internista. 1st ed. Bolivia: La Hoguera; 2012.
- 14 OMS. El Envejecimiento y la Salud. [Online].; 2015 [cited 2020 Marzo 09. Available from:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1.
- 15 Rodriguez R, Rodriguez A. Asociacion entre grado de fragilidad, riesgo de caidas y funcionalidad de los Adulto Mayores que Asisten a un centro de Adulto Mayor. tesis. Lima: universidad Norbert winer, Lima; 2017.
- 16 Hernandez J, Chavez S, Carreazo N. Salud Y Calidad de Vida en Adultos Mayores de un Area Rural y Urbana de Peru. Peru Med Exp Salud Publica. 2016 Nov; 33(4).

- 17 Hidalgo M, Villalba M. Aplicacion del Test timed up and go (TUG) para Evaluar Riesgo de Caida en usuarios del Hogar de anciano Riobamba Durante el perio Diciembre 2015- Mayo 2016. Tesis. Ecuador: Universidad de Chimborazo,Riobamba; 2016.
- 18 Cisternas D, Salgado S, Zamorano G. Comparacion de la Calidad de vida relacionada con la Salud y Riesgo de Caida en Adulto mayores de 60 a 80 años practicantes de Hatha Yoga y no practicantes pertenecientes a los centros de hatha Yoga Tomé. Tesis. Chile: Universida Catolica de la Santisima Concepcion, Concepcion; 2016.
- 19 Garcia A, Parrales M. Evaluacion del Equilibrio Estatico y Dinamico en adulto mayores centro gerontologico "Maria Reyna de la Paz". Tesis. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2016.
- 20 Flores B, Castillo M, Ponce D, Posada M, Peralta E, Duran T. Percepcion del adulto mayor acerca de su calidad de vida.Una peerspectiva desde el contexto familiar. Instituto Mexicano del Seguro Social. 2018 Jan; 02(26).
- 21 Peña M, Mendoza B, Avila R, Perez R, Onofre D, Cruz I, et al. Calidad de vida en Adultos Mayores de Guerrero, México. Universidad y Salud. 2019 Abril; 21(113-118).
- 22 Huanchire C. Asociacion entre el test Timed up and Go y la Historia de Caidas en el Adulto Mayor. Tesis. Arequipa: Universidad Catolica Santa Maria, Arequipa; 2019.
- 23 Nuñez C, Sales D. Riesgo de Caidas en Adultos Mayores Del Club 1er Sector Del Distrito de Carabayllo. Tesis. Lima: Universidad Privada Norbert Winer, Lima; 2018.
- 24 Espinoza Y, Hoyos L. Calidad De Vida Y Su Relacion con el Grado de Funcionalidad de los adultos mayores que asisten a un centro de salud. Tesis. Lima: Universidad Privada Norbert Winer, Lima; 2019.

- 25 Bedon C. Calidad de Vida que tiene el Adulto Mayor que Asiste a Consultorios Externos del Hospital San José. Tesis. Lima: Universidad Cesar Vallejo, Callao; 2018.
- 26 Salech F, Jara R. Cambios Fisiológicos Asociados al Envejecimiento. Rev.Med.Clin.Mondes. 2012; 23(1).
- 27 Franckek D. El Envejecimiento del Sistema Respiratorio y su Relacion con el Ejercicio. Med Respiratoria. 2012; 5(17-24).
- 28 Gonzales A, Molina J. Enfermedad crónica en adultos mayores. Uni Med Bogota. 2010; 51(16-28).
- 29 Petretto D, Pili R, Gaviano L, Matos C, Zudas C. Envejecimiento Activo y de Exito o Saludable:Una breve Historia de Modelos Conceptuales. Es.Geriatri Gerontol. 2016; 51(229-241).
- 30 Marin P. Caídas en los ancianos: Causas, consecuencias y prevención. Revist.Medica de Chile. 2011; 129(9).
- 31 Dobler I. Enfermedades crónico degenerativas. Revi Reumatol. 2015 Novimebre; 24(2).
- 32 Kisner C, Colby L. Ejercicio Terapeutico. 3rd ed. Buenos Aires: Medica Panamericana; 2010.
- 33 Vaquero C, Gonzales M, Ros E. Evaluacion de la Fuerza y Felxibilidad, Resistencia y Agilidad en Mujeres Mayores Activas. European Journal Of Human movement. 2012; 29(4-7).
- 34 Organizacion Mundial de la Salud. caidas. [Online].; 2018 [cited 2020 marzo 09. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>.

- 35 Silva J, Porras M, Guevara G, Canales R, Coelho S. Riesgo de caída en el adulto mayor que acude a dos Centros de Día. 2014 Setiembre;(12-18).
- 36 Vargas G. Rendimiento Fisico Como Factor de riesgo en caidas en Adultos mayores Retirados. tesis. Lima: Universidad San Martin de Porres, Lima; 2017.
- 37 American Geriatrics Society. Guideline for the prevention of falls in older persons. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. J Am Geriatr Soc. 2001 May; 49(5).
- 38 Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. J Am Geriatr Soc. 1991 February; 39(2).
- 39 Varela Pienedo L, Galvez Cano M, Chavez J, Cieza J, Mendez F. Correlacion del test Get up and Go con el test de Tinetti en evaluacion de riesgo de caidas en Adulto Mayores. Acta Medica Peruana. 2010 Enero/ Marzo; 27(1).
- 40 Barry E, Galvin R, Keogh C, Horgan F, Fahey T. s the Timed Up and Go test auseful predictor of risk of falls in community dwelling older adults:a systematic. BMC Geriatrics. 2014 February; 14(14).
- 41 WHO. International classification of impairment, disabilities and handicaps. Geneva. [Online].; 2013 [cited 2020 Enero 24].
- 42 Tuesta M. La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. Revista Científica. 2012; 21.
- 43 Yturbe D. Calidad de vida de los integrantes de la asociación adulto mayor Tulpuna. Tesis. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca, Cajamarca; 2017.
- 44 Aponte V. Calidad de Vida en la Tercera Edad. Revista Scielo. 2015 junio; 13.

- 45 Figueroa L, Torres R, Morales A, Vega P, Lira A. Nivel de Dependencia, Autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. Elsevier. 2016 Junio; 13(159-165).
- 46 Hernandez J, Chavez S, Yhuri N. Validación del cuestionario Whoqol-Bref en adultos. Peru. Med.Exp Salud Publica. 2016 Marzo; 33.
- 47 Hernandez C, Fernandez C, Baptista P. Metodologia de la Investigacion. 3rd ed.: MCGRAW-HILL Insteramericana de Mexico.
- 48 Hernandez J, Chavez S, Correazo N. Validación del cuestionario Whoqol-Bref en adultos. Peru.Med.Exp Salud Publica. 2016 Diciembre; 33(4).
- 49 Chamorro E. Riesgo de caidas en adultos mayores del caso Urbano del Municipio de Potosi en el departamento de Rivas. Tesis. Nicaragua: Universidad Autonoma de Nicaragua,Managua, Rivas; 2018.
- 50 Francia N. Calidad de vida de los adultos mayores del Centro de salud México San Martín de Porres. Tesis. Lima: Universidad Cesar Vallejo, Lima; 2019.
- 51 Rodriguez R, Rodriguez A. Asociacion entre el gerado de fragilidad riesgo de caidas y funcionalidad. tesis. Lima: Universidad Norbert winer, Lima; 2010 Enero.

ANEXOS

Anexo N° 1: Matriz de consistencia

RIESGO DE CAIDA Y CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ADULTO MAYOR DEL INSTITUTO DE LA FAMILIA, CANTO GRANDE, MARZO 2019

Formulación del Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño Metodológico
<p><u>Problema General</u></p> <p>¿Cuál es la relación entre el riesgo de caídas y la calidad de vida de los adultos mayores que asisten al programa Adulto mayor del instituto de la familia de Canto Grande, marzo 2019?</p>	<p><u>Objetivo general</u></p> <p>Determinar la relación entre el riesgo de caídas y la calidad de vida de los adultos mayores que asisten al programa adulto mayor del instituto de la familia Canto Grande, marzo 2019.</p>	<p><u>Hipótesis General</u></p> <p>Existe relación entre la calidad de vida y el riesgo de caídas en los adultos mayores que asisten al programa adulto mayor del instituto de la familia de Canto Grande, marzo 2019.</p>	<p><u>Variables</u></p> <p>V1: Riesgo de caída.</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pararse • Caminar 3 metros • Girar • Caminar • Sentarse 	<p>Tipo de Investigación</p> <p>Básica</p> <p>Método y diseño de Investigación</p> <p>Cuantitativo Descriptivo-correlacional Transversal</p> <p>Población</p> <p>Conformada por 55 adultos mayores que asisten al programa adulto del instituto de la</p>
<p><u>Problemas Específicos</u></p> <p>¿Cuál es la calidad de vida según sexo y edad de los adultos mayores que asisten al programa adulto mayor del instituto de la familia de Canto Grande marzo 2019?</p>	<p><u>Objetivo Específicos</u></p> <p>Conocer la calidad de vida según sexo y edad de los adultos mayores que asisten al programa adulto mayor del instituto de la familia Canto Grande marzo 2019.</p>	<p><u>Hipótesis Específicas</u></p> <p>Existe relación entre calidad de vida según sexo y edad en los adultos mayores que asisten al programa adulto mayor del instituto de la familia de Canto Grande, marzo 2019</p>		

<p>¿Cuál es el nivel de riesgo de caída según sexo y edad de los adultos mayores que asisten al programa adulto mayor del instituto de la familia de Canto Grande, marzo 2019?</p> <p>¿Cuál es la relación entre el riesgo de caída y dimensión salud física de los adultos mayores que asisten al programa adulto mayor del instituto de la familia de Canto Grande, marzo 2019?</p> <p>¿Cuál es la relación entre el riesgo de caída y dimensión salud psicológica de los adultos mayores que asisten al programa adulto mayor del instituto de la familia de Canto Grande, marzo 2019?</p>	<p>Identificar el nivel de riesgo de caída según sexo y edad de los adultos mayores que asisten al programa adulto mayor del instituto de la familia Canto Grande marzo 2019.</p> <p>Determinar la relación entre el riesgo de caída y la dimensión de salud física de los adultos mayores que asisten al programa adulto del instituto de la familia Canto Grande marzo 2019</p> <p>Determinar la relación entre el riesgo de caída y dimensión salud psicológica de los adultos mayores que asisten al programa adulto mayor del instituto de la familia canto grande marzo 2019.</p>	<p>Existe relación entre el riesgo de caída según sexo y edad en los adultos mayores que asisten al programa adulto mayor del instituto de la familia de Canto Grande, Marzo 2019</p> <p>Existe relación entre el riesgo de caída y la dimensión salud física en los adultos mayores que asisten al programa adulto del instituto de la familia, de Canto Grande marzo 2019.</p> <p>Existe relación entre el riesgo de caída y dimensión salud psicológica de los adultos mayores que asisten al programa adulto mayor del instituto de la familia de Canto Grande. marzo 2019.</p> <p>Existe relación entre el riesgo de caída y dimensión</p>	<p>V2: Calidad de vida</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Salud física • Salud Psicológica • Relación social • Ambiente <p><u>Variables intervinientes</u></p> <p>Sexo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino <p>Edad</p> <ul style="list-style-type: none"> • 60 – 69 años • 70 – 79 años • 80 – 89 años 	<p>familia, de Canto Grande marzo 2019.</p> <p>Muestra</p> <p>Conformada por 50 adultos mayores que asisten al programa adulto del instituto de la familia, de Canto Grande marzo 2019.</p>
---	---	---	--	--

<p>¿Cuál es la relación entre el riesgo de caída y la dimensión relación social de los adultos mayores que asisten al programa adulto mayor del instituto de la familia de Canto Grande marzo 2019?</p>	<p>Determinar la relación entre el riesgo de caída y dimensión relaciones sociales de los adultos mayores que asisten al programa adulto mayor del instituto de la familia Canto Grande marzo 2019.</p>	<p>relaciones sociales de los adultos mayores que asisten al programa adulto mayor del instituto de la familia de Canto Grande, marzo 2019.</p>		
<p>¿Cuál es la relación entre el riesgo de caída y la dimensión Ambiente de los adultos mayores que asisten al programa adulto mayor del instituto de la familia de Canto Grande marzo 2019?</p>	<p>Determinar la relación entre el riesgo de caída y dimensión Ambiente de los adultos mayores que asisten al programa adulto mayor del instituto de la familia de Canto grande marzo 2019.</p>	<p>Existe relación entre el riesgo de caída y dimensión Ambiente de los adultos mayores que asisten al programa adulto mayor del instituto de la familia de Canto grande marzo 2019.</p>		

Anexo N° 2: Instrumentos

TIMED GET UP AND GO TEST

The Timed Up and go: A test of basic functional Movility for Frail elderly persons” By Podsiadlo D. y Richardson S. en 1991.

NOMBRE.....

FECHA.....

TIEMPO PARA COMPLETAR LA PRUEBA.....SEGUNDOS.....

INSTRUCCIONES:

La persona puede usar calzado habitual y puede utilizar cualquier dispositivo de ayuda que normalmente usa.

1.El paciente debe sentarse en la silla con la espalda apoyada en el respaldar y los brazos descansando sobre los apoyabrazos.

2.Pidale a la persona que se levante de una silla estándar y camine una distancia de 3 metros.

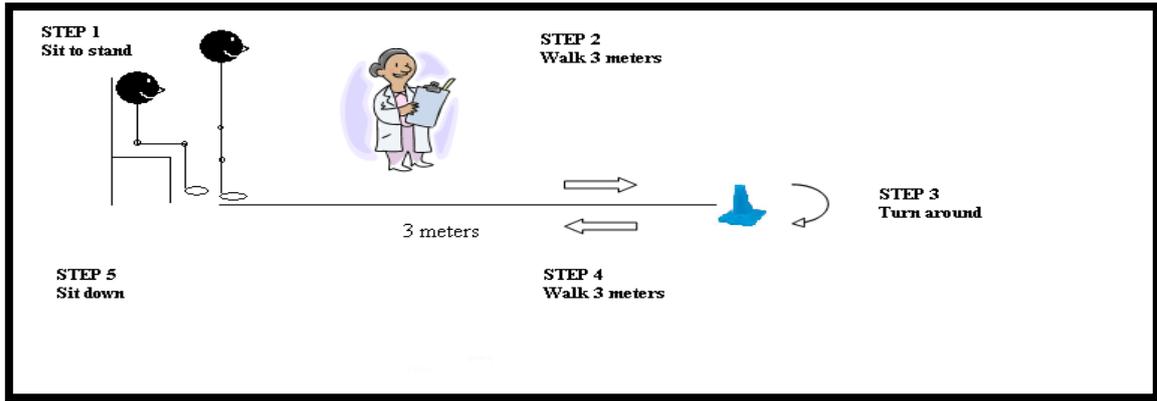
3.Haga que la persona se de media vuelta, camine de vuelta a la a silla y se siente de nuevo.

El cronometraje comienza cuando la persona comienza a levantarse de la silla y termina cuando regresa a la silla y se sienta.

La persona debe dar un intento de practica y luego repite 3 intentos. Se promedian los tres reales se promedian.

Valoración en segundos

- Normal < 10 de segundos
- Riesgo leve de caída 10 a20 segundos
- Alto riesgo de caída >20 segundos



WHOQOL-BREF

(calidad de vida)

Instrumento creado por el grupo Whoqol para la OMS traducido en diferentes idiomas, evalúa calidad de vida.

Datos generales:

- Nombre.....
- Edad.....Genero: (masculino) (Femenino)

Por Favor, Lea La Pregunta, Valore Sus Sentimientos Y Haga Un Circulo En El Numero De La Escala Que Representa Mejor Su Opción De Respuesta.

FORMATO DE CUESTIONARIO SEGÚN WHOQOL-BREF						
		Muy mal	Poco	Normal	Bastante bien	Muy Bien
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		Muy satisfecho	Poco	Lo normal	Bastante Satisfecho	Muy satisfecho
2	¿cuán satisfecho esta con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuanto ha experimentado ciertos hechos en los últimos días, semanas.

		Nada	Un poco	Normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor(físico) le impide hacer lo que necesita	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de cualquier	1	2	3	4	5

	tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?					
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5
Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.						
		nada	Un Poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué disponible tiene la información que	1	2	3	4	5

	necesita en su vida diaria?					
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	Normal	Bastante	Extremadamente
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5
Las siguientes preguntas hacen referencia a cuan satisfecho o bien se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas						
16	¿Cuán satisfecho esta con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿cuán satisfecho esta con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿cuán satisfecho esta con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿cuán satisfecho esta de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿cuán satisfecho esta esta con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿cuán satisfecho esta con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿cuán satisfecho esta con el apoyo que	1	2	3	4	5

	obtiene de sus amigos?					
23	¿cuán satisfecho esta de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿cuán satisfecho esta con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿cuán satisfecho esta con su transporte?	1	2	3	4	5
La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud., Ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas semanas.						
26	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad depresión	1	2	3	4	5

Anexo N°3: Aprobación del Comité de Ética



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN

Lima, 01 de febrero de 2021

Investigador(a):
ZAVALA RODRIGUEZ MARIA DEYSI
Exp. N° 354-2021

Cordiales saludos, en conformidad con el proyecto presentado al Comité Institucional de Ética para la investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener, titulado: **“RIESGO DE CAIDA Y CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ADULTO MAYOR DEL INSTITUTO DE LA FAMILIA, CANTO GRANDE, MARZO 2019” V01**, el cual tiene como investigador principal a **ZAVALA RODRIGUEZ MARIA DEYSI**.

Al respecto se informa lo siguiente:

El Comité Institucional de Ética para la investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener, en sesión virtual ha acordado la **APROBACIÓN DEL PROYECTO** de investigación, para lo cual se indica lo siguiente:

1. La vigencia de esta aprobación es de un año a partir de la emisión de este documento.
2. Toda enmienda o adenda que requiera el Protocolo debe ser presentado al CIEI y no podrá implementarla sin la debida aprobación.
3. Debe presentar 01 informe de avance cumplidos los 6 meses y el informe final debe ser presentado al año de aprobación.
4. Los trámites para su renovación deberán iniciarse 30 días antes de su vencimiento juntamente con el informe de avance correspondiente.

Sin otro particular, quedo de Ud.,

Atentamente



Yenny Marisol Bellido Fuentes
Presidenta del CIEI- UPNW

Anexo N°4: Formato de Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente documento tiene como finalidad brindar información y proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación a cerca de su consentimiento, y su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por el bachiller: **Zavala Rodríguez María Deysi**, de la **Universidad Privada Norbert Wiener**.

El objetivo de este estudio es evaluar el **riesgo de caída y calidad de vida de los Adultos Mayores del programa de adulto mayor del Instituto de la familia, Canto Grande**.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista y/o participar de una evaluación. Esto tomará aproximadamente 10-15 minutos de su tiempo.

La participación de este estudio es voluntaria. La información que se recibida será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas dadas en la entrevista y los resultados de su evaluación se manejarán con mucha discreción y de manera anónima.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él.

Desde ya le agradecemos su participación.

YO: _____

Cuyo No de D.N.I es _____ acepto participar voluntariamente en esta investigación.

Asimismo, he sido informado(a) de que el objetivo de este estudio es _____

Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una entrevista y participar de una evaluación, lo cual tomará aproximadamente ___ minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento.

Firma del Paciente

Lima.... De.....del 2020.

Anexo N°7: Carta de aprobación de la institución para la recolección de los datos



**POLICLINICO PARROQUIAL
"HERMANO ANDRÉS"
PARROQUIA EL SEÑOR DE LA ESPERANZA
VICARIA III DE S.J.L. - DIÓCESIS DE CHOSICA**



CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA INVESTIGACION

El Policlínico Parroquial Hermano Andrés realizará un trabajo de atención integral en la población adulto mayor del Instituto de la Familia (INFAM) de la congregación san cruz en el distrito de San Juan de Lurigancho, Canto Grande, el día 28 de marzo de 2019.

Mediante la presente, se autoriza al bachiller: MARÍA DEYSI ZAVALA RODRÍGUEZ, para realizar la investigación en la población adulto mayor con el tema: "RIESGO DE CAÍDA Y CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ADULTO MAYOR DEL INSTITUTO DE LA FAMILIA, CANTO GRANDE, MARZO 2019"

Se aplica los principios éticos a la población de consentimiento, confidencialidad, respeto, no maleficencia y veracidad.


Dr. Fernando R. Torres Durand
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. N° 54006

DR. FERNANDO RUBEN TORRES DURAND
CMP 54006
DIRECTOR MEDICO
POLICLINICO PARROQUIAL HERMANO ANDRES

San Juan de Lurigancho, 28 de marzo del 2019

Pd. Solo con fines de obtención de título profesional

Dorsal Pasapaporte N° 120 - Altura del Paradero 01 de Huáscar - Cto. Grande - S.L.I

Anexo N°5: Informe del asesor del Turnitin