



**Universidad
Norbert Wiener**

**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**“CAPACIDAD FUNCIONAL Y RIESGO DE CAIDAS EN
PACIENTES ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL
CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL GERONTO
GERIÁTRICO IGNACIA RODULFO VIUDA DE CANEVARO.
EN EL DISTRITO DEL RIMAC, 2018”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTADO POR:

**ABREGO CHIPANA, CARMEN JOSSELYN
RUIZ CABALLERO, ZOILA MARIELLA**

**LIMA – PERÚ
2018**

DEDICATORIA

Dedicado este trabajo a mis padres; Zenón y Carmen por ser siempre mi soporte, motivación y guía para realizar y alcanzar mis metas.

A mis hermanas y sobrina; Stefanny, Romina y Miley por darle el aliento a no rendirme y luchar por mis sueños.

Dedico este trabajo a mi hijo, quien es mi motor en la vida para seguir cumpliendo mis metas y agradezco infinitamente su compañía al momento de la elaboración de este trabajo de investigación.

AGRADECIMIENTO

Agradecidas con nuestro padre celestial por darnos fortaleza y entendimiento en lo largo de este camino. También a nuestros padres: Carmen y Zenón; Elizabeth y José Luis, por ser los principales gestores de nuestros proyectos, por su compañía en el día a día y porque siempre confiaron en nosotras.

ASESOR DE TESIS
Dr. Matta Solis Hernán Hugo

JURADOS

Presidente: Pérez Siguas, Rosa Eva.

Secretaria: Cárdenas Cárdenas, María Hilda.

Vocal: Remuzgo Artezano, Anika.

ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ASESOR DE TESIS.....	v
JURADOS.....	vi
ÍNDICE	vii
ÍNDICE DE ANEXOS	xi
CAPÍTULO I: PROBLEMA	14
1.1. Planteamiento del problema.....	14
1.2 Formulación del problema.....	17
1.3 Justificación.....	18
1.4 Objetivo	19
1.4.1 Objetivo General	19
1.4.2 Objetivos Específicos	19
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	20
2.1 Antecedentes.....	20
2.1.1 Antecedentes internacionales	20
2.1.2 Antecedentes nacionales	22
2.2 Base Teórica	26
2.2.1 Definición de adulto mayor	26
2.2.2 Definición de capacidad funcional:.....	28
2.2.3 Riesgo de caídas:.....	29
2.2.4 Teorías de Enfermería.....	32
2.3. Terminología Básica.....	34
2.4 Hipótesis.....	35

2.5 Variables	35
2.5.1 Operacional de variables.....	36
CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO.....	40
3.1 Tipo de investigación.....	40
3.2. Población y muestra.....	40
3.2.1 Criterios de Inclusión:.....	41
3.2.2 Criterios de Exclusión:.....	41
3.3 Técnicas e instrumento de recolección de datos.....	41
3.4 Procesamiento de datos y análisis estadísticos	42
3.5 Aspectos Éticos.....	43
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	44
4.1 Resultados	44
4.2 Discusión.....	51
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	55
5.1 Conclusiones.....	55
5.2 Recomendaciones.....	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
ANEXOS	65

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Relación entre Capacidad funcional y Riesgo de caídas en pacientes adultos mayores atendidos en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro en el distrito del Rímac, 2018.	45
Tabla 2. Capacidad funcional por dimensiones según Índice de Barthel en pacientes adultos mayores atendidos en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro en el distrito del Rímac, 2018.	47
Tabla 3. Riesgo de Caídas según dimensiones en pacientes adultos mayores atendidos en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro en el distrito del Rímac, 2018.	50

ÍNDICE DE GRAFICOS

	Pág.
Grafico 1. Capacidad funcional en pacientes adultos mayores atendidos en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro en el distrito del Rímac, 2018.	46
Grafico 2. Riesgo de caídas en pacientes adultos mayores atendidos en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro en el distrito del Rímac, 2018.	49

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Tabla de las características sociodemográficas en pacientes adultos mayores atendidos en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro en el distrito del Rímac, 2018.	66
Anexo B. Instrumento de recolección de datos.	68
Anexo C. Consentimiento informado	72
Anexo D. Permiso.....	73

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre la capacidad funcional y riesgo de caídas en pacientes adultos mayores atendidos en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro en el distrito del Rimac, 2018. **Método:** El enfoque del estudio fue cuantitativo, correlacional, la población y muestra estuvo constituida por 100 adultos mayores, la técnica de recolección de datos se enmarcó en la aplicación de instrumentos tipo cuestionarios, como el Índice de Barthel que fue creado por Mahoney y Barthel y la escala de riesgo, creado por J.H Downton. **Resultados:** Existe relación entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas en pacientes adultos mayores, se utilizó la prueba de (Chi cuadrado o valor: = 0,002), cuyos resultados fueron que el 63% (63) tiene una dependencia ligera, el 21% (21) tiene dependencia moderada con respecto a las actividades básicas de la vida diaria, de los primeros, el 50.7% (35), del segundo el 27.5% (19) presentaron alto riesgo en caídas y la dimensión más afectada la íntegra aquellas que necesitan mínima ayuda física para trasladarse con un 50%, luego deambular y subir escalones con un 53% y 55% respectivamente.

Conclusión: Existe relación entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas en pacientes adultos mayores. Las áreas más afectadas son aquellas donde se emplea la movilidad.

Palabras Claves: "Capacidad funcional", "Riesgo de caídas", "Adulto mayor".

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between functional capacity and risk of falls in elderly patients treated at the Gercia Geriatric Residential Care Center Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro in the district of Rimac, 2018. **Method:** The focus of the study was quantitative, correlational, The population and sample consisted of 100 older adults, the technique of data collection is framed in the application of questionnaire-type instruments, such as the Barthel Index that was created by Mahoney and Barthel and the risk scale, created by JH Downton.

Results: There is a relationship between the functional capacity and the risk of falls in elderly patients, the test was used (Chi square or value: 0.002), whose results were that 63% (63) had a slight dependence, 21 % (21) has moderate dependence with respect to the basic activities of daily life, of the former, 50.7% (35), of the second 27.5% (19) presented high risk in falls and the dimension most affected the whole those they need minimal physical help to move with 50%, then wander and climb steps with 53% and 55% respectively.

Conclusion: There is a relationship between functional capacity and risk of falls in elderly patients. The areas most affected are those where mobility is used.

Key words: "Functional capacity", "Risk of falls", "Elderly".

CAPÍTULO I: PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El periodo del envejecimiento aparecen diferentes alteraciones que perjudican el área biológico, psicológico y social del adulto (1). Según, la Organización Mundial de la Salud, refiere que en los países desarrollados el ciclo de vida del anciano comienza a los 65 años; por otro lado, para los países en desarrollo se inicia a los 60 años. Por ello en el siglo XXI, el declive de los habitantes perjudica a nivel mundial, puesto que existe un aumento de 1.2 millones de habitantes por encima de los 55 años, es así que el conjunto de ancianos aumenta en relación a la población general y nos convierte en la comunidad con mayor número de ancianos de la historia (2).

La capacidad funcional del anciano es poder realizar varias labores, tareas o funciones que se requieran en la vida cotidiana. Desde un plano funcional, se concreta que “El adulto mayor vital” es apto de confrontar su transformación con una óptima adaptación en cuanto a función y complacencia personal (3).

Se menciona que cada año se originan 424.000 caídas peligrosas, lo que origina que estas se encuentren en el segundo motivo a nivel mundial de defunciones por lesiones no intencionales, anualmente se reportan 37,3

millones de caídas, que aunque no provocan la muerte, necesitan asistencia clínica. La mayor morbilidad compromete a los mayores de 65 años, a los jóvenes de 15 a 29 años y a los menores de 15 años. La mayor incidencia de caídas en el anciano fluctúa del 30 al 50% con una prevalencia anual de 25 a 35%. Del 10 al 25% de las caídas en el adulto mayor provocan fracturas, 5% requiere internamiento (4).

Una investigación a nivel internacional, presentaron que, en los adultos de 70 años, obtuvieron que el 62% requieren ayuda para satisfacer sus necesidades básicas y 75% de dependencia para las actividades instrumentales (5).

Asimismo un estudio que se realizó en México, sobre la capacidad funcional del anciano y cuidados de la enfermera a domicilio, donde presentaron que el mayor grado de dependencia fue para el baño corporal con un 77.2% y el nivel primordial fue Dependencia leve en 35.6% (6). Diversos autores en Brasil realizaron una investigación, sobre la Capacidad funcional de adultos mayores, los resultados apuntan que el 57,1% de las personas presentan dependencia grave y vivían en la región urbana de Porto Alegre, el 73,3% de los ancianos con dependencia moderada, el 53,8% con dependencia ligera y un 71,8% de la población eran independientes y residían en la región rural (7).

Según el Plan Nacional de adultos mayores, actualmente en el país, el proceso de envejecimiento se da de manera lenta, aunque con diferentes grados de intensidad, dicho plan nacional informa que las poblaciones adultas mayores aumentarán en las próximas décadas, por otra parte, comunican que un gran porcentaje de adultos aumentarán en 6.5 millones en el 2050. En otras palabras, este grupo de personas va en crecimiento acelerado, de las cuales, la mayoría será de sexo femenino (7).

Por ello, en algunas zonas del país, la cantidad de adultos mayores se encuentran en los departamentos de Arequipa 9,85%, Moquegua 9,68%, Lima 9,68%, mientras los departamentos con menor incidencia son: San Martín 5,95%, Loreto 5,63% y Madre de Dios 4,2% (8). Es así que el Ministerio

de Salud (MINSA), según los Lineamientos de Política del Sector, se enfoca en cuidar de forma holística las necesidades de salud de la población anciana, con el objetivo de alcanzar el bienestar físico, funcional, mental y social, promoviendo el envejecimiento activo y sano a través de una intervención oportuna de las necesidades de salud de la población (9).

Por su parte autores como Zavala y Domínguez; sostienen que la capacidad funcional del adulto mayor, depende mucho de la actividad física, como elemento primordial para que las personas adultas mayores puedan conservar un excelente estado de salud (10). Por otro lado, Vargas, sostiene que la capacidad funcional es un elemento primordial para el beneficio de los ancianos y que atraviesa un proceso variable, con respecto a la disposición de una persona para afrontar la vida diaria; para que de esta forma pueda intervenir con su autonomía y tener poder de decisión, entendida como la capacidad de hacer actividades y aceptar roles sociales en la vida diaria (11).

Según Fernández; refiere que el adulto mayor es un individuo que compone una asociación de peligros para diversas patologías y alteraciones del organismo, provenientes del desarrollo innato de senectud. Es por ello que las caídas en los ancianos constituyen uno de los considerables Síndromes en gerontología, siendo a su vez un grave problema epidemiológico, inclusive sociales y económicas (12). Frente a esta problemática y otras existen asociaciones que buscan enriquecer la calidad de vida del anciano (12).

Sobre este particular está el Centro de Atención Residencial Gerontogerriátrico Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro, es un reconocido albergue en el país, para la atención del anciano, allí se brinda un cuidado holístico a individuos que son víctimas de abandono o que se encuentran en riesgo ya sea por su situación económica o social (12). La institución alberga actualmente a 320 ancianos, 172 hombres y 148 mujeres. De los cuales presentan dependencia por varias razones, ya sea por indigencia total o pobreza extrema, por lo cual, la Sociedad de Beneficencia de Lima

Metropolitana ha asumido completamente la cobertura de sus necesidades (13).

Este albergue está destinado a ofrecer asistencia total a individuos que han sido víctimas de desatención o que se encuentran en riesgo debido a su situación económica y social. Su plan estratégico está designado a alcanzar el bienestar físico mental y social y de esta forma aumentar su condición de vida dentro de un panorama actual sobre el envejecimiento que fomenta la vida activa de los ancianos (14).

Por lo mencionado anteriormente se observó que algunos adultos mayores con edades de 70 a 80 años se encuentran con total lucidez e independencia para realizar sus diversas capacidades funcionales y otros no, como también hubo adultos mayores que requieren asistencia, ya que han sufrido de caídas y en algunos casos con riesgo de caídas. Los cuales a la entrevista ellos refieren:

“[...] Señorita yo puedo hacer todas mis diversas actividades no dependo de nadie”.

“[...] Señorita a veces tengo miedo de por querer movilizarme solo, me pueda caer”.

“[...] Señorita en algunas actividades puedo realizarlas solo, en algunos necesito apoyo”.

De las opiniones expresadas surge el problema de investigación:

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cuál es la relación entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas en pacientes adultos mayores atendidos en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro en el distrito del Rímac, 2018?

1.3 JUSTIFICACIÓN.

El presente trabajo de investigación sobre la capacidad funcional y riesgo de caídas en los adultos mayores del albergue, se realizó con el fin de aportar conocimientos en el campo de la enfermera Geronto geriátrica, acerca de las consecuencias que trae consigo la alteración de la capacidad funcional y el riesgo de caídas en los adultos mayores, los mismos son albergados por distintos factores y/o problemas de índole propio o familiar, ya sea por problemas de abandono, maltrato, económico, etc.

Revisando la literatura científica, se puede decir que el Instituto Nacional de Estadística e Informática aseguro que en el 2017 se contaban 31'237,385 habitantes, así como un significativo incremento de los adultos mayores de 60 años, incrementándose al 11.9% en la última década. Se pudo observar que existen pocos estudios realizados con capacidad funcional y riesgo de caída, que tengan una organización adecuada y con respaldo teórico.

En el distrito del Rímac y en la zona donde se efectuó la investigación, no se han realizados estudios de capacidad funcional y el riesgo de caídas que hayan sido publicados, ya sea en repositorios y revistas indexadas, por lo tanto, se resalta la importancia del desarrollo del estudio, el cual llenará el vacío de conocimiento real. En el aspecto metodológico la investigación se justifica porque aporta datos actualizados que pueden ser utilizados por la comunidad científica, que busca mejorar la capacidad funcional y el riesgo de caída del adulto mayor, por lo que la capacidad funcional depende mucho sobre el valor de la actividad física para que puedan mantener un estado de bienestar.

Los productos de esta investigación serán socializados con la jurisdicción del albergue "Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro" para que sobre la base de ellos se pueda realizar planes que permitan hacer acciones dirigidas a promover y mejorar la capacidad funcional y disminuir el riesgo de caídas en los adultos mayores.

1.4 OBJETIVO

1.4.1 Objetivo General

Determinar la relación entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas en pacientes adultos mayores atendidos en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro en el distrito del Rímac, 2018.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Identificar la Capacidad funcional en los Usuarios Gerontos atendidos en el Centro de atención residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo viuda de Canevaro. en el distrito del Rímac -2018.
- Identificar la Capacidad funcional en los Usuarios atendidos en el Centro de atención residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo viuda de Canevaro. en el distrito del Rímac, según dimensiones.
- Identificar los riesgos de caídas en los Usuarios atendidos en el Centro de atención residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo viuda de Canevaro. en el distrito del Rímac.
- Identificar los riesgos de caídas en los Usuarios atendidos en el Centro de atención residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo viuda de Canevaro. en el distrito del Rímac, según dimensiones.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES.

2.1.1 Antecedentes internacionales

Toledo Miranda Lisseth Xiomara, en el año 2017 en Ecuador realizó una investigación que llevo por título “Valoración de la capacidad funcional y factores asociados en adultos mayores de la ciudad de Loja” teniendo como objetivo del estudio investigar el grado de la capacidad funcional y los factores a los cuales se asocian, para construir una propuesta de prevención guiada al mantenimiento de la funcionalidad, el método que utilizaron fue descriptivo transversal, la población de estudio estuvo conformada por 69 adultos mayores, a través de una encuesta y del índice de Barthel, los resultados obtenidos encontraron una prevalencia de dependencia de 79.6%, entre ellos dependencia leve con 45%, dependencia moderada 14.4%, dependencia grave 11.5%, dependencia total 8.7% y solo el 20.3% de todo el grupo son independientes. Llegaron a las siguientes conclusiones:

La mayor parte de los adultos mayores presentaron dependencia en alguna función de la vida cotidiana según el índice de Barthel, siendo así que el 45%, presentó una leve dependencia seguida de una dependencia moderada y solo un pequeño porcentaje fueron dependientes en su totalidad (15).

Por su parte Alvarado Astudillo Lucia, Astudillo Vallejo Christian, Sánchez Becerra Janneth, en Cuenca Ecuador, en el año 2014, elaboraron un estudio cuyo título fue “Prevalencia de Caídas en adultos mayores y factores asociados en la parroquia de Sidcay”, el objetivo fue determinar la prevalencia de caídas en adultos mayores y sus factores asociados intrínsecos y extrínsecos. En cuanto al

método es un estudio transversal, participaron 489 adultos mayores, se utilizó la escala de Riesgo de Caídas de Downton. En los resultados se obtuvo que la prevalencia de caídas fue del 33,9%. Presentaron mayor prevalencia de caídas los mayores de 74 años con un 43,1%. El riesgo de caídas según escala de Downton fueron riesgo alto 32,1%, y riesgo bajo 67,9%. Se llegaron a las siguientes conclusiones:

El estudio informa que existe correspondencia entre la prevalencia mundial de caídas en el anciano con la Parroquia Sidcay. Las caídas fueron superiores en personas con enfermedades crónicas, con estado mental desorientado, con marcha poco segura con o sin apoyo, que ingieren fármacos, los que caminan sin calzados y los que habían tenido caídas anteriores.(16).

En este mismo orden Acosta Crajal Concepción, en Valladolid España, en el año 2014, realizó un estudio titulado “Capacidad funcional en las personas mayores según el género”, tuvo como objetivo valorar el nivel de la capacidad funcional de los mayores de 65 años mediante el instrumento de Barthel y Lawton Brody. En cuanto al método es un estudio descriptivo transversal, la población en estudio son adultos mayores o igual a 65 años de edad, con una muestra de 60 individuos divididos por género en dos partes iguales, el material utilizado fueron índice de Barthel y de Lawton y Brody. Como resultados se obtuvo que el 70 % de los entrevistados tengan, una puntuación máxima, siendo independientes totales para las actividades básicas del día a día. El 20% tienen una dependencia leve, necesitan ayuda para alguna actividad concreta. El 3.30% tiene un grado de dependencia moderado o grave y necesita mayor nivel de ayuda a la hora de hacer actividades básicas como comer, asearse o ir al retrete. Y otro 3,30% necesitan ayuda para todas las actividades básicas teniendo un grado de dependencia grave. Llegaron a las siguientes conclusiones

En cuanto al tipo de labores instrumentales de la vida cotidiana se distingue diferencias significativas entre ambos sexos (17).

Asimismo Bejines Soto Marcela, Velasco Rodríguez Raymundo, García Ortiz Lidia, Barajas Martínez Alfonso, Aguilar Núñez Leticia, Luisa Rodríguez María, en Jalisco México, en el año 2014, realizaron un estudio titulado “Valoración de la Capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar”, con el objetivo de efectuar un diagnóstico de la capacidad funcional del adulto mayor residente de casas hogar del sur de Jalisco. Metodología: se realizó un estudio transversal descriptivo prospectivo en ancianos, se les aplicó la Escala de Barthel para evaluar su capacidad de realizar 10 actividades básicas de la vida diaria. La muestra fue no aleatoria por conveniencia. Como resultados la muestra estuvo constituida por 111 adultos mayores entre las edades de 81 años, 27.9 % revelo independencia total, 28.8 % dependencia leve, 14.4 % moderada, 18 % severa y 10.8 % total. Estadísticamente no hubo diferencia significativas según el sexo ($p = 0.36$). Las actividades básicas con mayor número de sujetos independientes totales fueron comer, arreglarse, vestirse, control en la micción y evacuación, desplazarse y marcha; subir y bajar escalones y lavarse fueron actividades en las que más individuos mostraron dependencia total. Se obtuvieron las siguientes conclusiones:

El 72.1 % de los ancianos mostro cierto grado de dependencia funcional, lo que revela una utilidad para el cuidado de enfermería(18).

2.1.2 Antecedentes nacionales.

Del Águila Coquinche Carlos, Schermuly Gómez Lucy y Yábar Soria Pedro, en Iquitos Perú, en el año 2014, ejecutaron una investigación titulada “Síndromes Geriátricos y Capacidad funcional en adultos mayores del centro de salud I- 3 San Juan”, con el objetivo de determinar

la relación entre los síndromes geriátricos y la capacidad funcional en los adultos mayores del Centro de Salud I-3 San Juan Iquitos 2014. En cuanto al método es un estudio cuantitativo, con diseño no experimental, descriptivo, correlacional. Se incluyeron 100 adultos mayores de ambos sexos, los instrumentos que utilizaron fueron el Índice de Barthel y la escala de Lawton y Brody. Como resultados se obtuvo que el 87% presentaron dependencia leve en las Actividades básicas de la vida diaria (ABVD), el 33.9% dependencia ligera en las Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y el 36.4% dependencia moderada. Se llegaron a las siguientes conclusiones:

El total de los ancianos encuestados tienen algún nivel de dependencia, siendo de superior influencia la dependencia leve en las actividades básicas de la vida diaria ABVD y en las actividades instrumentales de la vida diaria AIVD, tiene mayor dependencia funcional el sexo femenino (19).

En el caso de Castro Benito Jilberto, en Lima Perú, en el año 2013, realizó un estudio titulado “Capacidad funcional del adulto mayor que acude al hospital de Día de Geriatria” con el objetivo de determinar el nivel de capacidad funcional del adulto mayor que acude al Hospital de Día del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen. En cuanto al método es un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. Participaron 156 adultos mayores de 60 años, utilizaron los instrumentos de Índice de Barthel y la escala de Lawton y Brody ambos miden capacidad funcional. Como resultados se obtuvo que con relación a las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), El 50.7% presentaron dependencia leve con mayor predominio del sexo femenino, el 98.1% de los adultos mayores necesitan ayuda para comer y desplazarse, el 87.8% necesita poca ayuda para su aseo personal y el 21.8% es independiente para bañarse para las Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) el 11.5%

presento dependencia máxima. Se llegaron a las siguientes conclusiones:

La mayoría de la población senil fueron del sexo femenino, en la valoración de las ABVD, más de la mitad presentaron un nivel de dependencia (leve, moderada, grave o total) y en las AIVD se observaron que el $\frac{3}{4}$ de los entrevistados eran dependientes (leve, moderada, grave o máxima) (20).

Sobre esto Dávila Castro Lynda y Palacios Orellana Gerlin en Lima Perú, en el año 2015, realizaron un estudio titulado “Relación entre la capacidad funcional y el riesgo de caída de los adultos mayores de la Congregación Hijos de Nuestra Señora de la Piedad del distrito de Breña”. En cuanto al método es un estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional de corte trasversal. La población estuvo constituida por 40 adultos mayores de 60 años a más, en cuanto a los instrumentos utilizados para capacidad funcional fue la escala de Barthel y de Lawton y Brody, para la evaluación de riesgo de caída la escala de Tinetti. Se obtuvieron como resultados que predominó el sexo femenino, la edad fluctuó entre los 60 a 80 años, a la evaluación de riesgo de caída se encontraron que un 50% tuvieron alto riesgo, en relación a la capacidad funcional el 72.5% tuvieron dependencia moderada para las actividades básicas de la vida diaria y en las actividades instrumentales un 57.5% y el 20% mostraron dependencia moderada y grave. Concluyeron que:

Se encontró relación directa entre la capacidad funcional (Actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y el riesgo de caída de los adultos mayores de la congregación “Hijos de Nuestra Señora de la Piedad” (21).

Por otro lado Quiñones Torres Jhoana, en Lima Perú, en el año 2017, realizó un estudio titulado “Riesgo de caídas en los pacientes adultos mayores del Hospital Geriátrico de la Policía San José, 2016”, con el objetivo de estimar el riesgo de caída del adulto mayor en el Hospital Geriátrico PNP San José. En relación al método es cuantitativo, descriptivo y transversal con diseño de estudio sin intervención y observacional, participaron 120 adultos mayores, en cuanto al instrumento utilizado fue la escala de J.H. Downton. Como resultados se obtuvo que el 63.3 % es de sexo femenino y 36.7% masculino, el 70% presentaron un riesgo alto de caída y en 30% riesgo bajo, los factores con mayor influencia en el riesgo de caída son aquellos que tomaron medicamentos con un 87% y déficit sensorial con 79%, siendo el de menor influencia, estado mental con un 6%. Se llegaron a las siguientes conclusiones:

El nivel de riesgo de caídas del adulto mayor en el hospital geriátrico de la Policía San José, es de riesgo alto y los elementos con mayor dominio presento la ingesta de fármacos y la carencia sensorial (22).

En este mismo orden de ideas Calcina Quispe Yaqueline, en Arequipa Perú, en el año 2014, realizó un estudio titulado “Capacidad funcional y Afrontamiento – Adaptación en adultos mayores del Club “Años dorados” Municipalidad de Hunter, Arequipa. En cuanto al método es de tipo descriptivo con un diseño correlacional y de corte transversal. Se entrevistaron a 52 adultos mayores que oscilan entre los 60 y 83 años de edad, en cuanto a los instrumentos utilizaron una ficha demográfica para el recojo de datos generales, el índice de Barthel para evaluar la capacidad funcional y el cuestionario para evaluar el Afrontamiento – Adaptación versión en español de Calista Roy (ECAPS). Como resultados se encontraron que el 40.4% tiene capacidad funcional

moderada, el 53.8% necesita apoyo para subir y bajar escalones seguido del 34.6% que necesita ayuda para deambular.

La considerable parte de los habitantes presento una capacidad funcional independiente. La población requería mayor apoyo en las actividades básicas de la vida cotidiana: subir y bajar escaleras, seguido de la marcha(23).

2.2 Base Teórica

2.2.1 Definición de adulto mayor

La Organización Mundial de la Salud; indica que a partir de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 91 años personas ancianas y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos, también se puede definir como la pérdida de la capacidad del organismo a adaptarse al medio ambiente. Esta etapa abarca un amplio conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociales relacionados con la vida después de la edad madura, incluyendo aspectos positivos y negativos del adulto mayor. (24)

Por otra parte Autores como Leonardo Strejilevich indica que ser adulto mayor es un desarrollo vital cualitativo, universal, progresivo, ineludible, personal y exclusivo con rasgos propios que algunas personas se tornan físicamente restringidos y funcionalmente dependientes. Hay envejecimiento normal (senescencia) y envejecimiento patológico (senilidad) (25).

De manera pues que se llega a la conclusión que el adulto mayor atraviesa por diversos cambios de manera progresiva en las funciones orgánicas y psicológicas. Cada perdida es diferente para los ancianos. Ciertamente, los individuos de la tercera edad solicitan de mayor asistencia médica que los jóvenes debido a que son más susceptibles a enfermedades. No omitiremos que

a su vez existen acontecimientos en que los adultos mayores viven una prolongada vida saludable hasta su muerte (25).

A. Proceso de envejecimiento

En este proceso suceden un conjunto de alteraciones que perjudican al ámbito biológico como el psicológico del individuo; también, se realiza un significativo cambio en el rol social que hasta entonces ha desarrollado ese individuo. Las principales variaciones que son notorias durante la vejez son los físicos, que en realidad son una sucesión del descenso que empieza a partir de la maduración física, entre los 18 y 22 años. Donde termina la etapa de crecimiento e inicia la regresión física. Sin embargo, no todos los cambios se originan en la misma época y frecuencia (25).

De tal manera que las modificaciones que sufre el organismo debido al envejecimiento pueden manifestarse de dos formas, el envejecimiento innato o primario, referido a los cambios por el pasar de los años (25).

B. Cambios biológicos relacionados a la edad:

A continuación, se mencionan los cambios que presentan los adultos mayores

- Sistema sensorial: las alteraciones de los sentidos provocan la deprivación sensorial y evidencian un peligro significativo de padecer situaciones de alto poder invalidante (26).
 - a) Visión
 - b) Audición
 - c) Gusto y olfato
 - d) tacto
- Sistema orgánico:
 - a) Estructura muscular
 - b) Sistema esquelético
 - c) Articulaciones
 - d) Sistema respiratorio

- e) Sistema excretor
- f) Sistema digestivo

2.2.2 Definición de capacidad funcional:

La capacidad funcional del anciano se define como "Agrupación de habilidades físicas, mentales y sociales que ayudan al sujeto a realizar sus actividades que exige su entorno". Desde otra perspectiva de Segovia y Torres en su estudio consideran que para la capacidad funcional hay que tomar en cuenta la propia evolución de patologías múltiples, procedimientos diagnósticos y terapéuticos.(27)

A. Valoración de la espera funcional:

Se refiere a la capacidad de realizar de forma propia aquellas actividades que componen las actividades cotidianas en una manera deseada a nivel individual y social. El objetivo es determinar la capacidad de una persona para ejecutar actividades de la vida diaria de forma independiente.

- **Actividades básicas de la vida diaria (ABVD):**

- a) Evalúan los niveles más elementales (comer, usar el retrete, contener esfínteres) y los inmediatamente superiores (asearse, vestir, andar) que constituyen las actividades esenciales para el autocuidado.
- b) Se realiza de manera ordenada y se realiza mediante la observación directa.
- c) Para su valoración se utilizan el índice de Katz y el índice de Barthel.

- **Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD):**

- a) Se refieren a aquellas funciones más primordiales para que una persona permanezca independiente en la comunidad.
- b) Su medición suele basarse en el juicio y no en la observación.

c) Se utiliza la escala de Lawton y Brody (28).

- **Índice de Barthel:**

Este instrumento es recomendado por la Sociedad Británica de Geriátrica para determinar las ABVD en el anciano. Es muy conocida a nivel internacional para valorar el estado funcional del adulto mayor.

Estas actividades son las siguientes:

- Alimentación.
- Transferencias (traslado cama-sillón).
- Aseo personal.
- Uso del retrete.
- Baño.
- Desplazarse.
- Subir/bajar escalones.
- Vestido.
- Continencia fecal.
- Continencia urinaria

2.2.3 Riesgo de caídas:

A. Definición de riesgo:

Sobre este particular Carrillo y Collado; refieren que el riesgo es la elevación de las probabilidades que trae consigo las consecuencias adversas, por lo que la presencia de una de ellas, definen la causa como un hecho probable de presentar una enfermedad (29).

B. Definición de caídas:

Según Lujan refiere que las caídas se ubican dentro de los Grandes Síndromes Geriátricos o Gigantes de la Geriátrica. Estos síndromes son muy comunes (aunque no son categorizados como problema), afectan a las personas en las etapas más vulnerables y poseen grandes y considerables consecuencias referentes a la morbimortalidad de los adultos mayores. Su origen es multifactorial y requiere de un abordaje,

tanto en el ámbito de la valoración multidimensional y disciplinaria, como en la aceptación de medidas de prevención, control y rehabilitadoras. Los cuidados de enfermería tienen como indicador de calidad la prevención de caídas como seguimiento en todos los programas de diversos hospitales (30).

De manera que en el adulto mayor es más propenso y vulnerable a sufrir caídas, siendo el motivo más frecuente el decaimiento muscular, cambio en su marcha y equilibrio, patologías del sistema cardiovascular, reducción de la vista, empleo de báculos y andadores de forma inapropiada; e incluso el efecto de algunos medicamentos, entre otros (30). Las caídas suceden cuando se les dificulta conservar una posición apropiada, ya sea estando sentados, acostados o de pie. Esto puede conllevar a consecuencias graves, como que al caer se golpeen y lastimen alguna parte del cuerpo, ya que en esta etapa la masa muscular disminuye y los huesos se hacen más débiles (31). La Joint Commission International introduce la reducción del riesgo de caídas como una de las metas Incluidas en el área de seguridad del adulto mayor en la acreditación de hospitales (32).

C. Factores de riesgo:

El riesgo de caídas es el incremento a tener como origen un deterioro físico. El incremento de estas caídas reside en su alto riesgo de morbilidad y en su papel como indicador para revelar daños y enfermedades. Las caídas frecuentes deben tenerse en cuenta como indicadores de una circunstancia de debilidad o de incapacidad que tiene como resultado el principio de diversas patologías, incluso pudiendo sospechar que es la causa directa de muerte para el adulto mayor. Los agentes que causan una caída pueden ser: intrínsecos o extrínsecos (33).

D. Valoración del riesgo de caídas en adultos mayores

De manera pues que la evaluación es muy significativa para ayudar y orientar las intervenciones de prevención, mediante la evaluación debemos reconocer todos los elementos de riesgo del adulto mayor vinculados con algún tipo de daño; sin embargo no existe ninguna escala que abarque los posibles elementos de riesgo en su totalidad. Entre las escalas de evaluación, se empleara la escala de J.H. Downton. En esta escala se encuentran algunas de las causas con mayor frecuencia en el riesgo de caídas, siendo un instrumento validado, de fácil uso y aplicable en diferentes ámbitos asistenciales. Las medidas de prevención se priorizan en los que tengan tres o más puntos, considerando al adulto mayor como “Alto Riesgo de Caída”, para que se tenga evidencia y se puedan aplicar medidas oportunas y preventivas para disminuir lesiones físicas en el anciano (34).

E. Criterios de evaluación de la escala J.H. Downton

Fue creado en el año 1993, en Inglaterra, por el medico J.H. Downton del departamento de medicina geriatría (34).

- Caídas previas
- Medida de prevención
- Medicamentos: Sus mecanismos de acción son múltiples, entre ellas tenemos: calambres de miembros inferiores, disminución de la visión, disfunción vestibular, fatiga, etc. (35).

Los fármacos relacionados con el incremento de caídas son:

- a) Antihipertensivos: se encuentran en segundo lugar después de los sedantes (34).
- b) Diuréticos: Debido a que origina hipotensión y sobre todo cuando son ingeridas en enfermedades cardíacas (35).

- c) Antidepresivos tricíclicos: Este grupo de medicamentos origina alteraciones del ritmo cardíaco que puede intervenir en las caídas del adulto mayor (35).
- d) Antinflamatorios no esteroideos: Existen estudios que afirman que el 20% de los adultos mayores tratados con estos medicamentos desarrollan inestabilidad (35).
- e) Estado mental:
 - Orientado: Lo que se busca es que se encuentre LOTEPE.
 - Confuso: En esta etapa la demencia puede influir en el número de caídas (35).
 - F) Deambulación: En su mayoría suele disminuir su capacidad locomotora (35).
- Dentro de la Escala de J.H. Downton se encuentra los ítems:
 - a) Marcha norma
 - b) Marcha segura con ayuda
 - c) Marcha insegura con/sin ayuda
 - d) Marcha imposible: Persona adulta mayor que se encuentran con limitaciones por las condiciones físicas en las que se encuentran lo cual origina dificultad para poder desplazarse de un lugar a otro (35).

2.2.4 Teorías de Enfermería.

A. Virginia Henderson

Estadounidense que enfocó su vida a la práctica e investigación de la enfermería.

En sus trabajos redefine la enfermería en términos funcionales, incorporando principios fisiológicos y psicopatológicos.

- **Método de aplicación del modelo:**
 - a) **Valoración**
 - b) **Ejecución**
 - c) **Evaluación**
- **Elementos del metaparadigma de enfermería:**
 - a) **Salud:** definida como capacidad del individuo de realizar por sí solo y sin ayuda las 14 necesidades básicas.
 - b) **Entorno:** Se refiere a todos los agentes externos que intervenían en la estabilización y buen funcionamiento del ser humano.
 - c) **Persona:** Es un ser biopsicosocial, el ser humano además de una organización biológica, tiene una estructura psicológica y se relacionan entre ambas; por lo cual se define a la persona como ser integral.
 - d) **Enfermería:** Es la ayuda eventual a un ser humano que necesita de la capacidad, vitalidad e inteligencia para realizar alguna de las 14 necesidades básicas, hasta que individuo retome sus actividades por sí solo. Los cuidados van encaminados a recuperar su autonomía (36).

B. Dorothea E. Orem

La Teoría General está conformada por tres hipótesis vinculadas entre sí: Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit de Autocuidado y Teoría de los Sistemas de Enfermería.

Todas ellas contribuyeron con sus conocimientos y prácticas para la realización de su fuente teórica.

- **Conceptos meta paradigmáticos:**
 - a) **Persona:** considera como organismo biológico, razonable y pensante, con capacidad para autoevaluarse, meditar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado por sí solo.

- b) **Salud:** se refiere a la integridad física, estructural y funcional. Por tanto, lo considera como la percepción del bienestar que tiene un ser humano.
- c) **Enfermería:** Asistencia humana, que se brinda cuando el ser humano no puede auto valerse por sí mismo para mantener un óptimo estado de salud (36).

2.3. TERMINOLOGÍA BÁSICA

- **Adulto mayor:** sujeto entre los 65 y 79 años y anciano de 80 o más años (37).
- **Cuidador:** individuo que cuida a quienes necesiten control o asistencia debido a una patología o discapacidad, los cuidados pueden ser brindados en casa, hospital o en una institución (37).
- **Riesgo:** Las barreras físicas y biológicas contra la propagación de agentes biológicamente activos potencialmente peligrosos, tales como bacterias, virus, nucleótidos recombinantes, bio-especímenes contaminados, etc. Normalmente implica el uso de equipo especializado, instalaciones, procedimientos, personal profesional y protocolos establecidos (37).
- **Albergues:** Lugar físico determinado a prestar albergue, amparo y alojamiento ante la advertencia de una situación desagradable o peligrosa (37).
- **Caídas:** Son originadas por algún agente extrínseco e intrínseco, ya sea al caer o tropezar originando una lesión (37).
- **Capacidad funcional:** Se define como la facultad para ejecutar las actividades del día a día, sin ninguna supervisión, es decir, la capacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles en la vida diaria (38).

2.4 HIPÓTESIS

Hi: existe relación la capacidad funcional y el riesgo de caídas en pacientes adultos mayores atendidos en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro en el distrito del Rímac, 2018.

Ho: No existe relación entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas en pacientes adultos mayores atendidos en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro en el distrito del Rímac, 2018.

2.5 VARIABLES

Variable dependiente: Riesgo de caídas.

Variable independiente: Capacidad Funcional.

2.5.1 Operacional de variables

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE								
VARIABLE	TIPO DE VARIABLE Y ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	NÚMERO DE ÍTEMS E ÍTEMS	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
Capacidad funcional	Tipo de variable: Cualitativa Escala de medición: Ordinal	Grupo de habilidades físicas, mentales y sociales que permiten a los adultos mayores albergados en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro realizar y satisfacer las siguientes dimensiones como; comer, bañarse, vestirse, arreglarse, usar el retrete, trasladarse,	Grupo de habilidades físicas, mentales y sociales que permiten a los adultos mayores albergados en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro realizar y satisfacer las siguientes dimensiones como; comer, bañarse, vestirse, arreglarse, usar el retrete, trasladarse,	Comer	- Totalmente independiente. - Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc. - Dependiente.	3 (10, 5, 0)	-Capacidad funcional severa. -Capacidad funcional grave. -Capacidad funcional moderada. -Capacidad funcional ligera.	Puntaje < 45 será considerado como una capacidad funcional severa. Puntaje de 45 – 59 será considerado como una capacidad funcional grave. Puntaje de 60 – 80 será considerado como una capacidad funcional moderada. Puntaje de 80 – 100 será considerado como una capacidad funcional ligera.
				Bañarse	- Independiente: entra y sale solo del baño. - Dependiente.	2 (5, 0)		
				Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos - Necesita ayuda - Dependiente	3 (10, 5, 0)		
				Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc. - Dependiente	2 (5, 0)		
				Deposiciones (Valórese La Semana Previa)	- Continencia normal - Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas. - Incontinencia	3 (10, 5, 0)		
				Micción (Valórese La Semana Previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta - Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda - Incontinencia	3 (10, 5, 0)		
				Usar El Retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa.	3 (10, 5, 0)		

			deambular, subir o bajar escalones, deposiciones y micción. Considerando que en esta etapa los cambios físicos generan limitaciones por lo cual se ve afectado la satisfacción de las dimensiones mencionadas, el cual será medido con el Índice de Barthel.		- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo - Dependiente			
				Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama - Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo - Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo - Dependiente	4 (15,10,5,0)		
				Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros. - Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros. - Independiente en silla de ruedas sin ayuda. - Dependiente.	4 (15, 10, 5, 0)		
				Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras - Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo - Dependiente	3 (10, 5, 0)		

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE SEGÚN SU NATURALEZA Y ESCALA DE MEDICIÓN	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	N DE ÍTEMS E ÍTEMS	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
Riesgo de Caída	Tipo de variable: Cualitativa Escala de medición: Ordinal	Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico, que pueden ser intrínsecos (Relacionados con el propio paciente) o extrínsecos (derivados de la actividad o del entorno	El aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico en el adulto mayor albergado en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro, las diversas dimensiones como; caídas previas, medicamentos, déficit sensoriales, estado mental y deambulación pueden incrementar el riesgo a sufrir una caída, considerando el impacto que pueden tener sobre su salud, el	Caídas previas	- NO - SI	2 (0,1)	- Riesgo de caída Bajo. - Riesgo de caída Alto:	Puntaje de 0 - 2 será considerado como riesgo de caída bajo. Puntaje de 3 a más será considerado como un alto riesgo a sufrir una caída,
				Medicamentos	- Ninguno -Tranquilizantes, Sedantes - Diuréticos -Hipotensores (no diuréticos) - Antiparkinsonianos - Antidepresivos - Otros medicamentos	7 (0,1,1,1,1,1,1)		
				Déficit sensoriales	- Ninguno - Alteraciones auditivas - Alteraciones visuales -Extremidades (parálisis, paresia)	4 (0,1,1,1)		
				Estado Mental	- Orientado - Confuso	2 (0,1)		

			cual será medido con el Índice de Downton.					
				Deambulaci3n	<ul style="list-style-type: none"> - Normal - Asistida con elementos de apoyo - Reposo, absoluto postrado 	3 (0,1,1)		

CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El siguiente estudio es de enfoque cuantitativo, descriptivo y correlacional. De acuerdo con Hernández (39) et al; sostiene que el planteamiento del estudio es cuantitativo porque se utilizó la recolección de datos para probar la hipótesis. Con base a la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamientos y probar teorías.

Así mismo García (40); expresa que es descriptivo porque busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se imponga a un análisis y correlacional debido a que tiene como propósito entender la relación o grado de asociación que exista entre dos o más criterios.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo conformada por los 320 ancianos entre hombres y mujeres, la muestra fue intencional constituida por 100 adultos mayores que se encuentran albergados en el centro de atención residencial Geronto geriátrico Ignacia Rodulfo viuda de Canevaro.

3.2.1 Criterios de Inclusión:

- Anciano de 60 años o más.
- Adultos mayores (hombres y mujeres)
- Ancianos que acepten intervenir de manera libre en el estudio y acepten firmar el consentimiento informado.

3.2.2 Criterios de Exclusión:

- Ancianos que rechacen participar voluntariamente y no acepten firmar el consentimiento informado.
- Adultos mayores con alteraciones en la función cognitiva.
- Adultos mayores con alteraciones graves en la funcionalidad.

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Con respecto a la variable capacidad funcional, se utilizó el instrumento de índice de Barthel, el tipo de instrumento es un cuestionario que consta de 10 dimensiones tales como; comer (3 ítems), bañarse (2 ítems), vestirse (3 ítems), arreglarse (2 ítems), deposiciones(3 ítems), micción(3 ítems), usar el retrete(3 ítems), trasladarse(4 ítems), deambular(4 ítems), escalones)3 ítems), si el puntaje es igual a 100 entonces significa que el adulto mayor puede hacer sus actividades diarias del autocuidado, a menor puntuación mayor dependencia.

Este instrumento ha sido validado y creado por Mahoney y Barthel, en el año 1955 fue Diseñado por Mahoney y Barthel y publicado 10 años después (1965).

Titulo	Índice de Barthel
Autor	Mahoney y Barthel
Participantes	Adultos mayores de 60 años a más
Finalidad	Medir el desarrollo de sujetos con desarrollo neuromusculoesqueléticos y musculo esqueléticos.
Confiabilidad	0.98

En cuanto a la variable de riesgo de caídas, se utilizó el instrumento de escala de riesgo, el tipo de instrumento es un cuestionario que consta de 5 dimensiones tales como; caídas previas (2 ítems), medicamentos (7 ítems), déficit sensorial (4 ítems), estado mental (2 ítems), deambulaci3n (3 ítems), este instrumento ha sido validado y creado J. H. Downton, en el a1o 1993.

Titulo	Escala de riesgo
Autor	J. H. Downton
Participantes	Adultos mayores de 60 a1os a mas
Finalidad	Valorar el riesgo que presenta un individuo de tolerar una ca3da con fin de implementar medidas preventivas para evitar nuevas ca3das
Confiabilidad	0.88

3.4 PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

En el procesamiento de datos se invent3 una base de datos, en el programa SPSS versi3n 23. En cuanto al análisis de la informaci3n se us3 estadística descriptiva, con medidas de tendencia central. Toda la informaci3n recolectada ser3 procesada y simplificada en frecuencias porcentuales simples, y posteriormente se realizaran tablas y gr3ficos mediante el programa de Microsoft Excel, elaborados en base a los indicadores del desarrollo de operacionalizaci3n de las variables, para los objetivos específcos, los gr3ficos se realizaron por medio de percentiles ya que se cuenta con valores estandarizados por los creadores del instrumento a diferencia del objetivo general que se us3 la prueba no paramétrica Chi Cuadrado.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Se requirió del consentimiento informado de los adultos mayores del albergue para el uso de nuestro instrumento, así se respetó de aquellas que se negaron a participar.

- **Beneficencia:** con este trabajo de investigación se busca favorecer al paciente adulto mayor a disminuir el riesgo de sufrir una caída y evaluar su capacidad funcional, por lo tanto, con este estudio se buscó hacer el bien y no causar daño a esta población.
- **Autonomía:** al momento de la entrevista se respetó la autonomía y los aspectos de la vida cotidiana del paciente adulto mayor, no se persuadió, ni obligo a nada que ellos no desearan, participaron por su propia voluntad, por ello se utilizó el consentimiento informado.
- **Justicia:** Los adultos mayores del albergue tuvieron la capacidad de elegir y participar en el presente estudio, no se discrimino a ninguno.
- **No Maleficencia:** No fueron reveladas las respuestas obtenidas, se actuó evitando cualquier daño físico, mental y moral del paciente entrevistado. Adhiriéndose a la confiabilidad de cada paciente adulto mayor encuestado.

En esta investigación se respetó la moralidad de forma íntegra obviando daños.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

En el siguiente estudio de investigación se trabajó con 100 ancianos que residen en el albergue, cuyas edades presentaron que el 61% prevalece la edad de 74 a 84 años, por otro lado el sexo de los pacientes el 50% son del sexo femenino y el 50% del sexo masculino. Con respecto al estado civil, el 46 % son viudos con el mayor porcentaje, así mismo el grado de instrucción se evidencio que el 49% prevalece al nivel secundario, según al tiempo de permanecía en la institución prevaleció con un 81% los que se encuentran albergados más de 48 meses.

Tabla 1. Relación entre capacidad funcional y Riesgo de caídas en pacientes adultos mayores atendidos en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro en el distrito del Rímac, 2018.

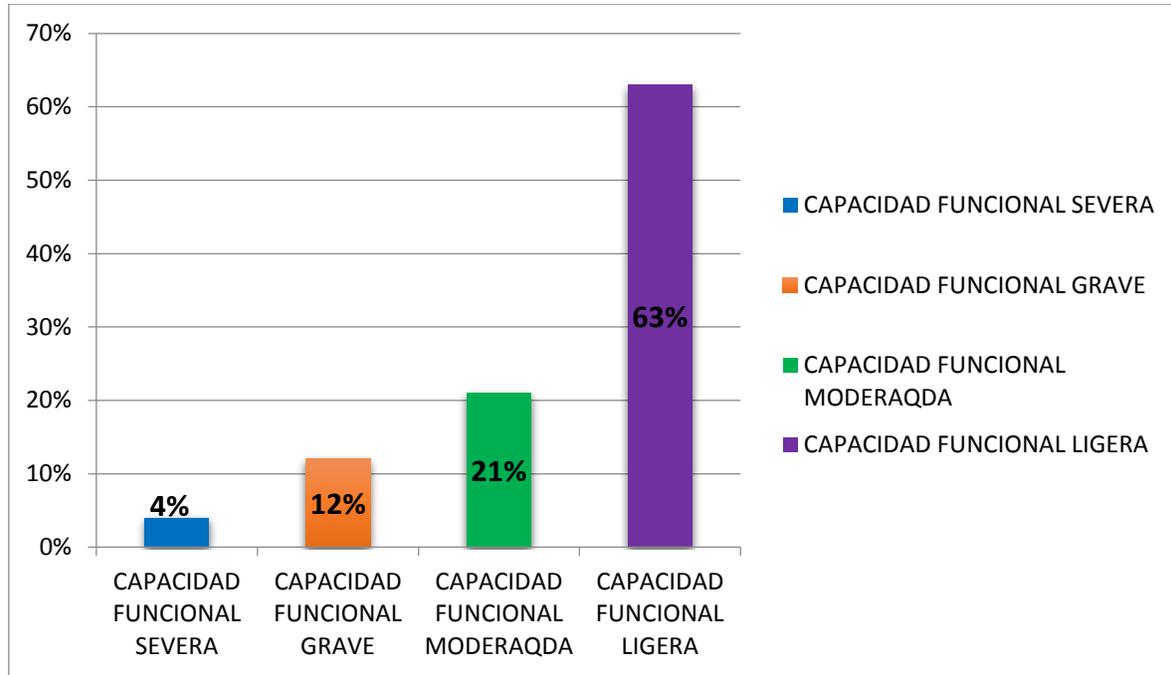
CAPACIDAD FUNCIONAL	RIESGO DE CAIDAS					
	RIESGO BAJO DE CAIDAS		RIESGO ALTO DE CAIDAS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
SEVERA	0	0%	4	5.8%	4	4%
GRAVE	1	3.2%	11	15.9%	12	12%
MODERADA	2	6.5%	19	27.5%	21	21%
LIGERA	28	90.3%	35	50.7%	63	63%
TOTAL	31	100%	69	100%	100	100%

Fuentes: Escala de Barthel: actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y Escala de J.H Downton: riesgo de caída. Prueba de Chi – cuadrado.

Del 100% (100) de adultos mayores, el 63% (63) tiene una dependencia ligera y el 21% (21) tiene dependencia moderada con respecto a los ABVD, de los primeros, el 50.7% (35), del segundo el 27.5% (19) presentaron alto riesgo de caídas.

El valor de Chi Cuadrado es 0.002.

Gráfico 1. Capacidad funcional en pacientes adultos mayores atendidos en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro en el distrito del Rímac, 2018.



Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de la EAPE- Universidad Norbert Wiener

En el gráfico N°1 del 100%(100) de ancianos que residen en el albergue Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro, se puede observar que el 63% presentaron capacidad funcional ligera, el 21% presento capacidad funcional moderada, el 12% solo grave, seguido de capacidad funcional severa con solo un 4%.

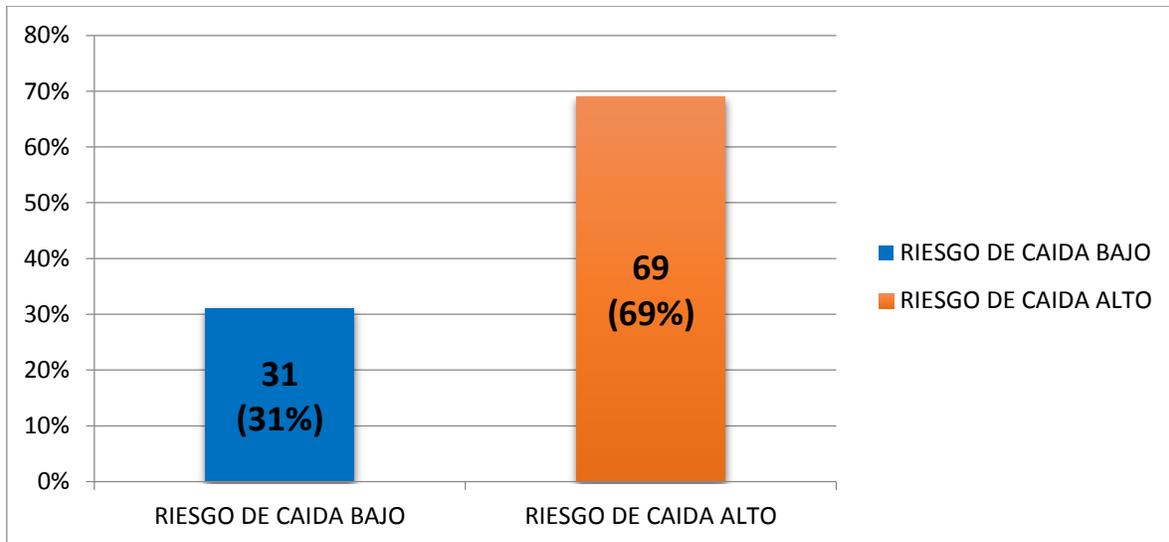
Tabla 2. Capacidad funcional por dimensiones según Índice de Barthel en pacientes adultos mayores atendidos en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro en el distrito del Rímac, 2018.

ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA	N	%
COMER		
Necesita ayuda para cortar Carne	6	6%
Totalmente Independiente	94	94%
BAÑARSE		
dependiente	9	9%
independiente entra y sale solo del baño	91	91%
VESTIRSE		
Necesita ayuda	15	15%
independiente capaz de ponerse y quitarse la ropa	85	85%
ARREGLARSE		
Dependiente	2	2%
Independiente para lavarse la cara	98	98%
DEPOSICIONES		
Incontinencia	23	23%
Ocasionalmente algún episodio	8	8%
Continencia normal	69	69%
MICCIÓN		
Incontinencia	23	23%
Un episodio diario	14	14%
Continencia normal	63	63%
USO DEL RETRETE		
Dependiente	19	19%
Necesita ayuda para ir al baño	18	18%
Independiente para ir al baño	63	63%
TRASLADARSE		
Dependiente	1	1%
Necesita gran ayuda	3	3%

Mínima ayuda física	50	50%
Independiente para ir a la cama	46	46%
DEAMBULAR		
Dependiente	1	1%
Independiente en silla de ruedas	1	1%
Necesita ayuda física	53	53%
Independiente camina solo	45	45%
ESCALONES		
Dependiente	8	8%
Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	55	55%
Independiente para bajar y subir escaleras	37	37%
TOTAL	100	100%

En la presente tabla N°2 se puede analizar que según el Índice de Barthel, los ancianos son más independientes con respecto a comer con un 94%, en bañarse con un 91%, vestirse con 85%, los que necesitan mínima ayuda física para trasladarse con un 50%, seguido de deambular y subir escalones con un 53% y 55% respectivamente, siendo más afectadas las áreas donde se emplea la movilidad para la ejecución de las actividades de la vida diaria.

Gráfico 2. Riesgo de caídas en pacientes adultos mayores atendidos en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro en el distrito del Rímac, 2018.



Fuente: Encuesta realizada por los estudiantes de la EAPE- Universidad Norbert Wiener

En el gráfico N°2 del 100%(100) de ancianos que residen en el albergue Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro, se puede observar que el 69% presentaron alto riesgo de caída y un 31% presento bajo riesgo.

Tabla 3. Riesgo de Caídas según dimensiones en pacientes adultos mayores atendidos en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro en el distrito del Rímac, 2018.

RIESGO DE CAIDA	N	%
CAIDAS PREVIAS (Presento caídas)	72	72%
MEDICAMENTOS (Tranquilizantes y otros medicamentos)	84	84%
DEFICIT SENSORIAL (Alteraciones auditivas, visuales y de extremidades)	75	75%
ESTADO MENTAL (Confuso)	3	3%
DEAMBULACION (Asistida con apoyo y reposo absoluto)	59	59%

En la presente tabla N° 3 se puede visualizar que, según cuestionario del Riesgo de caída, los ancianos del alberguen que los factores que tienen una mayor prevalencia en el riesgo de caídas son el uso de medicamentos con un 84%, el déficit sensorial obtuvo un 75%, seguido de caídas previas con un 72%, deambulación con un 59% y solo un 3% en estado mental.

4.2 DISCUSIÓN

Según Dávila y Palacios (21) en su estudio de investigación al igual que el nuestro evaluó la relación entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores, utilizaron también la escala de Barthel y la de Lawton y Brody para la evaluación de la primera variable, por el contrario, utilizaron la escala de Tinetti; ambos estudios concuerdan que existe relación entre ambas variables. Ellos obtuvieron como resultados que a la evaluación de riesgo de caída se encontraron que un 50% tuvieron alto riesgo y con respecto a la capacidad funcional el 72.5% tuvieron dependencia moderada para las actividades básicas de la vida diaria.

Según los resultados de este estudio en ambas variables se evidencio que el 69% presento riesgo alto de caída alta y en la variable de capacidad funcional el 63% presentaron capacidad funcional ligera. Llegamos a la conclusión que la variable de capacidad funcional si influye en el riesgo de caídas para los adultos mayores. Las caídas se consideran hoy en día problemas geriátricos importantes, por lo cual afectan a las personas en las etapas más vulnerables y poseen grandes y considerables consecuencias referentes a la morbimortalidad de los adultos mayores.

Los adultos mayores se están incrementando en todo el mundo, se encontró que ya son el 11.9% de la población en la última década. El siguiente trabajo de investigación fue realizado a los adultos mayores del centro de atención residencial Geronto geriátrico Ignacia Rodulfo viuda de Canevaro del Rímac, la cual presentó el (63%) con respecto a la capacidad funcional ligera y un (69%) presento riesgo alto de caída, esto nos permite confirmar que si existe una gran relación entre ambas variables. El presentar una baja capacidad funcional conlleva y origina a que exista mayor posibilidad de sufrir caídas. Dichos resultados se asemejan con el estudio realizado por Toledo Lisseth (15) cuyo título fue “Valoración de la capacidad funcional y factores asociados en adultos mayores de la ciudad de Loja” en el cual los resultados obtenidos para evaluar capacidad funcional se encontraron una prevalencia de dependencia de 79.6%, entre ellos dependencia leve con 45%,

dependencia moderada 14.4%, dependencia grave 11.5%, dependencia total 8.7% y solo el 20.3% de todo el grupo son independientes.

Lo mismo sucede con el estudio realizado por Bejines Soto Marcela, Velasco Rodríguez Raymundo, García Ortiz Lidia, Barajas Martínez Alfonso, Aguilar Núñez Leticia, Luisa Rodríguez María (18), en Jalisco México, en 2014, quienes realizaron un estudio titulado “Valoración de la Capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar”, concluyeron que el, 27.9 % mostró independencia total, el 28.8 % dependencia leve, seguido del 14.4 % moderada, 18 % severa y 10.8 % total, las actividades básicas con mayor número de adultos , mayores independientes totales fueron comer, arreglarse, vestirse, control en la micción y evacuación, trasladarse y deambulaci3n; subir y bajar escaleras y lavarse fueron actividades en las que m1s sujetos mostraron dependencia total.

Por otro lado, los resultados se asemejan al estudio de Castro Benito Jilberto (20), quien realiza el estudio titulado “Capacidad funcional del adulto mayor que acude al hospital de D1a de Geriatr1a, en el cual concluye que el 50.7% presentaron dependencia leve con mayor predominio del sexo femenino, cuya dimensi3n con mayor puntaje, se obtuvo que el 98.1% de los adultos mayores necesitan ayuda para comer y desplazarse, el 97.8% necesita poca ayuda para su aseo personal y el 21.8% son independientes para ba1arse.

Seg1n Del 1guila Coquinche Carlos, Schermuly G3mez Lucy y Y1bar Soria Pedro (19), en Iquitos Per1, en 2014, quienes realizaron el estudio titulado “S1ndromes Geri1tricos y Capacidad funcional en adultos mayores del centro de salud I- 3 San Juan”, concluyeron que el 87% de su poblaci3n total presento dependencia leve. Y por 1ltimo Calcino Quispe Yaqueline (24), en Arequipa Per1, en 2014, quien realiz3 el estudio titulado “Capacidad funcional y Afrontamiento – Adaptaci3n en adultos mayores del Club “A1os dorados” Municipalidad de Hunter, Arequipa, concluyo que el 40.4% obtuvo capacidad funcional moderada y con el 7.7 % obtuvo una capacidad funcional grave, cuya dimensi3n m1s resaltante es que el 53.8 % necesita ayuda

para subir y bajar escaleras, el cual se asemeja a nuestros resultados obtenidos según nuestras dimensiones evaluadas.

En el presente estudio de investigación se puede observar que el 63% presentaron capacidad funcional ligera, el 21% presentó capacidad funcional moderada, el 12% solo grave, seguido de capacidad funcional severa con solo un 4%. En cuanto a la variable riesgo de caídas se evidenció que los adultos mayores presentaron un 69% con un riesgo alto de caída y un 31% presentó riesgo bajo.

Por su parte Quiñones Torres Jhoana (23), en Lima Perú, en 2017, quien realizó un estudio titulado “Riesgo de caídas en los pacientes adultos mayores del Hospital Geriátrico de la Policía Sn José, 2016”, concluyó que de 120 adultos mayores, en cuanto al instrumento aplicado según escala de J.H. Downton, el 63.3 % es de sexo femenino y 36.7% masculino, de los cuales el 70% presentó un riesgo alto de caída y en 30% riesgo bajo, los factores con mayor influencia en el riesgo de caída son aquellos que tomaron medicamentos con un 87% y déficit sensorial con 79%, siendo el de menor influencia, estado mental con un 6% por lo cual se asemeja a nuestra investigación.

Por otro lado, se difiere con el estudio que realizó Alvarado Lucia, Astudillo Christian y Sánchez (16) que el riesgo de caídas según escala de Downton fueron riesgo alto 32,1%, y riesgo bajo 67,9% respectivamente. En relación a las dimensiones destaco que el 49.9% de la población habría presentado caídas previas a diferencia de este estudio de investigación el cual presentó un mayor porcentaje de 72 % según la dimensión caídas previas

Se puede observar que en nuestro estudio los adultos mayores del albergue, el 69 % presentaron riesgo alto de caída y un 31% presentó riesgo bajo y los factores que tienen una mayor prevalencia en el riesgo de caídas son el uso de medicamentos con un 84%, el déficit sensorial obtuvo un 75%, seguido de caídas previas con un 72%, deambulacion con un 59% y solo un 3% en estado mental.

Según Dávila y Palacios (21) en su estudio de investigación al igual que el nuestro evaluó la relación entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas de los adultos mayores, utilizaron también la escala de Barthel y la de Lawton y Brody para la evaluación de la primera variable, por el contrario, utilizaron la escala de Tinetti; ambos estudios concuerdan que si existe relación entre ambas variables.

Ellos obtuvieron como resultados que a la evaluación de riesgo de caída se encontraron que un 50% tuvieron alto riesgo y con respecto a la capacidad funcional el 72.5% tuvieron dependencia moderada para las actividades básicas de la vida diaria.

En estos resultados según ambas variables se evidencio que el 69% presento riesgo alto de caída alta y en la variable de capacidad funcional el 63% presentaron capacidad funcional ligera. Llegando a la conclusión que la variable de capacidad funcional si influye en el riesgo de caídas para los adultos mayores. Las caídas se consideran hoy en día una situación negativa para los adultos mayores, por lo cual afectan a las personas en las etapas más vulnerables y poseen grandes y considerables consecuencias referentes a la morbimortalidad de los adultos mayores.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- Existe relación entre Capacidad funcional y Riesgo de caídas en pacientes adultos mayores atendidos en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro.
- El mayor nivel de dependencia encontrado fue de capacidad funcional ligera, seguida de la capacidad funcional moderada, y por ultimo capacidad funcional grave y severa con menor porcentaje.
- Se evidencio que los ancianos del albergue presentan un riesgo alto de caídas.

- Las áreas más afectadas son aquellas donde se emplea la movilidad para la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria.
- La escala de Barthel es un adecuado instrumento para evaluar el grado de autonomía de las personas mayores en general. Al igual que el cuestionario de Dowton para evaluar riesgo de caídas en la misma población.

5.2 RECOMENDACIONES

- Al profesional de Enfermería: ofrecer al anciano un entorno que contribuya con el desarrollo de su capacidad funcional, de esta forma le proporcionará libertad y le permitirá desarrollarse de forma autosuficiente y adaptada a su ambiente.
- Enfatizar la atención de enfermería en la evaluación de la capacidad funcional y riesgo de caídas, a fin de enfatizar en las intervenciones de manera oportunas y ofrecer un cuidado de forma individual promocionando un envejecimiento sano.
- Concientizar al adulto mayor con charlas y programas educativos de la importancia de su autocuidado, para prevenir accidentes y/o caídas futuras.
- Continuar con investigaciones similares en la población adulta mayor de otras instituciones.
- Incentivar a la creación de programas que engloban a la salud física y así poder evitar riesgo de caídas en adultos mayores

- Identificar a los ancianos que realizan sus funciones básicas de forma independiente para que realicen otras funciones que los ayuden a mantener o retardar el curso natural de envejecimiento.
- Integrar a toda la población para que realicen actividades que mejoren la calidad de vida y contribuyan al mejoramiento de su salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud.com, Envejecimiento [sede web] Ginebra: OMS; 2015. [Citado el 15 de Octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>.
2. Organización Mundial de la Salud.com, Envejecimiento y ciclo de vida [Sede web] Ginebra: OMS; 2017 [citado el 8 de agosto de 2018]. Disponible en: <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/>.
3. Organización Mundial de la Salud, Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud [sede web] Ginebra: OMS; 2015 [citado el 8 de junio. de 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=
4. Organización Mundial de la Salud, Gobierno de los Estados Unidos [sede web].Ginebra: OMS; 2017 [citado el 8 de junio. de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>.
5. Torres Marín J , Torres Ruiz J, Díaz Calzada M, Crespo Fernández D, Regal Lourido I. Evaluación Funcional del Adulto Mayor [revista por internet] 2009 [citado 23 de octubre del 2017]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15613194200900040012.
6. Damian O. Capacidad Funcional en el anciano. [revista Internet] 2011 [citado 23 de julio de 2018]. Disponible en: <http://ninive.uaslp.mx/jspui/bitstream/i/3026/4/MAE1CFV01101.pdf>
7. Aires M, Paskulin L, Morais E. Capacidad funcional de ancianos con edad

avanzada [revista por internet] 2010.[citado 22 julio de 2018] Disponible en:http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/es_03.pdf.

8. Dirección general de personas adultas y mayores.com . Plan Nacional de Personas Adultos Mayores [sede web]. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.com; 2013-2017 [acceso el 8 de junio de 2018]. Disponible en:<https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/planpam3.pdf>.
9. Soliz D. Norma Técnica Población Adulta Mayor. [Revista en Internet] 2014;agosto - octubre. Disponible en: <https://www.inclusion.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2014/03/norma-tecnica-de-poblacion-adulta-mayor-28-feb-2014.pdf>.
10. Zavala González M, Domínguez Sosa G. funcionalidad del adulto mayor revista en [Internet] 2011 julio - noviembre. [acceso 24 de junio de 2018];49(6):585–90. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/4577/457745505002.pdf>.
11. Vargas T. Dependencia en Geriátrica [Revista en Internet] 2018 enero - marzo [acceso 24 de agosto de 2018] Disponible en:<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>.
12. Fernández H. Integral al adulto mayor. [Revista en Internet] 2018 febrero - junio [acceso 19 de octubre de 2018]; 3–5. Disponible en:<http://www.munimolina.gob.pe/index.php/servicios/programas-municipales/ciam>.
13. González Sánchez D, Rodríguez Fernández D, Ferro Alfonso D, García Milián J. Caídas en el anciano. Consideraciones Generales y Prevención [revista en internet]1999 septiembre - diciembre. [acceso 15 de octubre de 2006; (1):98–102. Disponible en:

http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_1_99/mgi11199.pdf.

14. Cocca A. Actividad Física y sedentarismo : Repercusiones sobre la salud y calidad de vida de las personas mayores [revista en internet] 2010 junio - agosto [acceso 20 de noviembre de 2016]; 126–9. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3457/345732283028.pdf>.
15. Toledo Miranda LX. Valoración de la capacidad funcional y factores asociados en adultos mayores de los asilos de la ciudad de Loja. Univ Nac Loja Área La Salud Humana Carrera [Internet]. 2017;1:43–8. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/17922>
16. Alvarado I, Astudillo CH, Sanchez J. Prevalencia de caídas en adultos mayores y factores asociados en la parroquia sidcay [revista en internet] 2013 marzo- junio. [acceso 20 de octubre 2014]; 26(3);20–30 Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/6729/1/TESIS.pdf>.
17. Acosta G. Capacidad funcional en las personas mayores según el género. [Revista en Internet] 2013 julio - octubre .[acceso 11 de agosto de 2018]; 28(2) : 24-30 Disponible en :<https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/4794/4/TFG-H8.pdf>
18. Bejines M. Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar.[Revista en Internet] 2015 septiembre- diciembre. [acceso 21 de febrero de 2016]; 23(1):9–15. Disponible en:<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim151c.pdf>.
19. Aguilá D, Carlos C, Gómez S, Amanda L, et al. Síndromes geriátricos y capacidad funcional en adultos mayores [Revista en Internet] 2010 marzo - junio. [acceso 08 de junio de 2014]; 28(4) 24 - 29 Disponible en:<http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/3544>

20. Castro J. Capacidad funcional del adulto mayor. [tesis Licenciatura]. Peru: Universidad Norbert Wiener; 2013 [Internet] Disponible: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/80/042%20Enfermeria20castro%20capacidad%20funcional%2c%20rev.%20LB%2c%20finalizado.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
21. Dávila L, Palacios G. Relación entre la capacidad funcional y el riesgo de caída que tienen los adultos mayores. [tesis Licenciatura]. Peru: Universidad Privada Norbert Wiener; 2015. [Internet] Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/230>
22. Quiñonez J. Riesgo de caídas en los pacientes adultos mayores del Hospital Geriátrico de la Policía San José. [tesis Licenciatura]. Peru: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017 [Internet]. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/6156>
23. Calcina Y. Capacidad Funcional y Afrontamiento – Adaptación en Adultos Mayores Del Club «Años Dorados» Municipalidad De Hunter. [tesis Licenciatura]. Peru: Universidad Nacional de San Agustín; 2014 [Internet]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/2265/ENcaquyp.pdf?sequence=1>.
24. Peny Montenegro E, Melgar Cuellar F. Geriatria y Gerontologia para el medico internista. Bolivia 1 ra Edicion. La Hoguera 2012. disponible en: <http://www.medicinainterna.org.pe/pdf/geriatriagerontologiaparaelmedicointernista.pdf>
25. Strejilevich L. Gerontología Social [Internet]. Editorial Dunken. 2004. Disponible en: <http://www.portaldesalta.gov.ar/libros/gerontologia.pdf>.

26. Marín J. Envejecimiento Salud Publica Educ Salud. 2003. [Internet] Vol. 3
Disponible en: <https://mpsp.webs.uvigo.es/rev03-1/envejecimiento-03-1.pdf>.
27. Segovia Díaz de León M, Torres Hernández E. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. Gerokomos [revista Internet]. 2011 [citado 27 de noviembre de [2018];22(4):162-6. Disponible en: <https://medes.com/publication/71154>.
28. Hernández H, Ferrer V. Prevención de caídas en el adulto mayor. Intervenciones de Enfermería. [revista Internet]. 2007; [Citado 11 diciembre.2015]. 15 (1): 47-50 Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim2007/eim071h.pdf> .
29. Carrillo J, Collado V. Caídas en los ancianos [internet]. [Citado 22 marzo .2016]. Disponible en: <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1605/37/1v0n605a17768pdf001.pdf>.
30. Lujan M. Factores de riesgo presentes e intervinientes en caídas hogareñas, [revista Internet] Rio de Janeiro 2006. Revista Brasileira de Geriatria y Gerontología versión impresa ISSN 1809-9823. 2007; 9(2): 527-531. [Citado 12 enero. 2016] Disponible en: http://revista.unati.uerj.br/scielo.phpscript=sci_arttext&pidSIngtiso&tIng=pd
31. MINSAP. Informes estadísticos de dirección nacional del adulto mayor. La Habana. 2004.
32. OMS. Demografía e impacto del envejecimiento. Lima. 2005.

33. González C, Marín L, Pereira Z. Características de las caídas en el adulto mayor que vive en la comunidad. Rev. méd. Chile [revista internet] 2001; [Citado 22 febrero .2016]. 129(9) Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034988700090007&script=sci_arttext.
34. García M, et al. Factores de riesgo de Caídas en ancianos. [Internet] Rev Clin fam España, 2007; 2(1):20-24. [Citado 07 septiembre. 20116] Disponible en:<http://www.revclinmedfam.com/PDFs/4c56ff4ce4aaf9573aa5dff91df997a.pdf>
35. Tejeda I, Céspedes C, Baster J, Esthéfano R. Factores de riesgo de caídas en el adulto mayor hospitalizado. [Internet] Correo Científico Médico de Holguín 2005; 9(1) [citado 11 noviembre. 2015] Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no91/n91ori3.htm> .
36. Rivas Sandry. Modelo de teoría de Dorothea Orem aplicado a pacientes con hipertensión arterial que acuden al departamento integral de salud. [Internet] Revista Médica Electrónica. [Citado 21 enero. 2017] Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/metaparadigma-modelo-y-teoria-en-enfermeria/>
37. Duque O, Gorrita R, Gorrita Y, Diferentes factores de riesgo y accidentes domésticos en el adulto mayor. [revista Internet] 2009. [Citado 01 noviembre. 2016] Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/476/814> .
38. Domínguez L, Arellano G, Leos H. Caídas en el anciano: Factores asociados en 168 casos. [Revista Internet] México 2005. Volumen 3 N°2 abril – junio. [Citado 10 nov. 2015] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2005/am052b.pdf>.

39. Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado y María del Pilar Baptista Lucio. Metodología de la Investigación. Volumen. 1. Sexta Edición. México. Mc Graw -Hill Education/Interamericana, 2014.
40. García Córdova Fernando. Metodología de la Investigación. Volumen 2. Quinta Edición. Canadá Limusa 2012.

ANEXOS

Anexo A. Tabla de las características sociodemográficas en pacientes adultos mayores atendidos en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro en el distrito del Rímac, 2018.

EDAD	%	N
62 A 73 AÑOS	12%	12
74 A 84 AÑOS	61%	61
85 A 96 AÑOS	27%	27

SEXO	%	N
FEMENINO	50%	50
MASCULINO	50%	50

TIEMPO DE PERMANENCIA EN LA INSTITUCION	%	N
DE 1 AÑO A 3 AÑOS	19%	19
DE 4 AÑOS A MAS	81%	81

ESTADO CIVIL	%	N
SOLTERO	34%	34
CASADO	18%	18
DIVORCIADO	2%	2
VIUDO	46%	46

GRADO DE INSTRUCCIÓN	%	N
SIN INSTRUCCIÓN	3%	3
PRIMARIA	39%	39
SECUNDARIA	49%	49
TECNICO	6%	6
PROFESIONAL	3%	3

CAPACIDAD FUNCIONAL

I. PRESENTACIÓN

Sr(a) o Srta.:

Buenos días, somos los estudiantes de enfermería: Abrego Chipana Josselyn y Ruiz Caballero, Mariella, estamos realizando un estudio en el centro de atención al que usted pertenece, cuyo objetivo es determinar la capacidad funcional y el riesgo de caídas en los adultos mayores del centro de atención “Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro - 2018.

Pedimos su colaboración para que nos facilite ciertos datos que nos permitirán llegar al objetivo de estudio ya mencionado.

II. INSTRUCCIONES

A continuación, se presentan las siguientes dimensiones. Se hará la lectura de los siguientes enunciados el cual dará una respuesta de nuestra alternativa.

a. Datos generales:

1. Edad en años del entrevistado (paciente):

2. Sexo del entrevistado (paciente):

a. Femenino () b. Masculino ()

3. Estado Civil

Soltero () Casado () Conviviente () Divorciado () Viudo ()

4. Grado de instrucción

Sin instrucción () Primaria () Secundaria () Técnico () Profesional ()

5. Hace cuánto tiempo usted pertenece a esta institución:(en meses).....

III. INSTRUCCIONES: A continuación, se presentan las siguientes dimensiones. Se hará la lectura de los siguientes enunciados el cual dará una respuesta de nuestra alternativa.

INDICE DE BARTHEL		
ACTIVIDAD	DESCRIPCION	PUNTAJE
COMER	- Totalmente independiente.	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc.	5
	- Dependiente.	0
BAÑARSE	- Independiente: entra y sale solo del baño.	5
	- Dependiente.	0
VESTIRSE	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
ARREGLARSE	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
DEPOSICIONES (VALÓRESE LA SEMANA PREVIA)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas.	5
	- Incontinencia	0
MICCIÓN (VALÓRESE LA SEMANA PREVIA)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
USAR EL RETRETE	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa.	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
TRASLADARSE	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerle	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
DEAMBULAR	- Independiente, camina solo 50 metros.	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros.	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda.	5
	- Dependiente.	0
ESCALONES	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0

"ESCALA DE DOWNTON"

I. PRESENTACIÓN

Sr(a) o Srta.:

Buenos días, somos los estudiantes de enfermería: Abrego Chipana Josselyn y Ruiz Caballero, Mariella, estamos realizando un estudio en el centro de atención al que usted pertenece, cuyo objetivo es determinar la capacidad funcional y el riesgo de caídas en los adultos mayores del centro de atención "Ignacia Rodulfo Viuda de Canevaro - 2018.

Pedimos su colaboración para que nos facilite ciertos datos que nos permitirán llegar al objetivo de estudio ya mencionado.

II. INSTRUCCIONES: A continuación, se presentan las siguientes dimensiones. Se hará la lectura de los siguientes enunciados el cual dará una respuesta de nuestra alternativa.

CRITERIOS DE EVALUACION	VARIABLES	PUNTAJE
CAIDAS PREVIAS	NO	0
	SI	1
MEDICAMENTOS	NINGUNO	0
	TRANQUILIZANTES, SEDANTES	1
	DIURETICOS	1
	HIPOSENSORES NO DIURETICOS	1
	ANTIPARKINSONIANO	1
	ANTIDEPRESIVOS	1
	OTROS MEDICAMENTOS	1
DEFICIT SENSORIAL	NINGUNO	0
	ALTERACIONES AUDITIVAS	1
	ALTERACIONES VISUALES	1
	EXTREMIDADES (parálisis, parecía...)	1
ESTADO MENTAL	ORIENTADO	0
	CONFUSO	1
DEAMBULACION	NORMAL	0
	ASISTIDA CON ELEMENTOS DE APOYO	1
	REPOSO ABSOLUTO POSTRADO	1
TOTAL PUNTAJE		



**Universidad
Norbert Wiener**

Anexo D. Permiso

Lima, 28 de junio del 2018

Señor:

Lic. Pedro Hernández Gonzales.

Medico Jefe

Centro de atención residencial Geronto geriátrico Ignacia Rodulfo viuda de Canevaro.

Presente:

AUTORIZACIÓN PARA PODER REALIZAR PROYECTO DE TESIS

Yo, Abrego Chipana, Josselyn y Ruiz Caballero, Mariella, bachiller de la carrera de Enfermería me dirijo a usted para solicitarle muy comedidamente nos autorice realizar nuestro proyecto de tesis titulado “Capacidad funcional y riesgo de caídas en pacientes adultos mayores atendidos en el centro de atención residencial Geronto geriátrico Ignacia Rodulfo viuda de Canevaro. En el distrito del Rímac, 2018” en el centro de atención que usted dirige.

Brindarnos así la información necesita para realizar nuestro proyecto y podernos entrevistar con los pacientes adultos mayores.

Esperando que usted acepte nuestra solicitud, nos comprometemos en cumplir con todos los reglamentos y formalidades en lo que refiere a horarios de trabajo que podemos acordar entre partes y sobre todo contribuir con aportes técnicos de nuestra formación en beneficio de su institución. Sin otro particular, lo saludo cordialmente, atentamente.

Sin otro particular y agradeciéndole de antemano, saludamos a Ud. muy atentamente

.....

Abrego Chipana, Josselyn

Bachiller en Enfermería

UNIVERSIDAD NORBET

.....

Ruiz Caballero, Mariella

Bachiller en Enfermería

UNIVERSIDAD NORBET