



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA EN
TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

**“RIESGO DE CAÍDAS EN ADULTOS MAYORES DEL CLUB 1ER SECTOR DEL
DISTRITO DE CARABAYLLO, JUNIO 2018”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN TECNOLOGÍA MÉDICA
EN TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

Presentado por:

BACHILLER: NUÑEZ VILLARREAL, CRISTHIAN PAUL.

SALÉS GÓMEZ, DENISSE MAGALY.

**LIMA – PERÚ
2018**

DEDICATORIA

La presente tesis va dedicada en primer lugar a Dios por permitirnos tener vida, salud y poder realizar uno más de nuestros propósitos; ser Fisioterapeuta. A nuestros padres María, Armando y José, por brindarnos su amor, apoyo, comprensión y educación durante esta larga y hermosa carrera. A nuestra Licenciada Angie Rodríguez por enseñarnos que con perseverancia se encuentra el éxito profesional.

ASESORA DE TESIS:

LIC. TM. RODRIGUEZ MASCARÓ, ANGIE MARILU

JURADOS

PRESIDENTA: DRA. CLAUDIA ARISPE ALBURQUEQUE

SECRETARIO: DRA. ROSA RODRIGUEZ GARCIA

VOCAL: MG. YOLANDA REYES JARAMILLO

ÍNDICE

	Pag.
CAPITULO I : EL PROBLEMA	
1.1. Planteamiento del problema	10
1.2. Formulación del problema	12
1.3. Justificación	13
1.4. Objetivo	14
1.4.1. General	14
1.4.2. Especifico	14
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes	16
2.2 Base teórica	21
2.3 Hipótesis	29
2.4 Definición operacional de terminos	29
2.5 Variables e indicadores	31
CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	
3.1 Tipo de investigación	32
3.2 Población y Muestra	32
3.3 Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos	33
3.4 Plan de procesamiento y análisis de datos	33
3.5 Aspecto ético	34
CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1 Resultados	35
4.2 Discusión	44
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 Conclusión	46
5.2 Recomendación	47
REFERENCIA	
ANEXO	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla I.	Frecuencia del riesgo de caída en el adulto mayor del Club 1° sector del distrito de Carabaylo.	35
Tabla I.II	Chi cuadrado entre las variables adulto mayor y riesgo caídas	36
Tabla II.	Riesgo de caídas en los adultos mayores según sexo.	37
Tabla II.I	Riesgo de caída	38
Tabla III.	Número de caídas previas de los adultos mayores del club 1° sector del distrito de Carabaylo.	39
Tabla IV.	Tipo de medicamento que consumen los adultos mayores del club del 1er sector del distrito de Carabaylo.	40
Tabla V.	Tipo de déficit sensorial que se presentan en los adultos mayores del club del 1er sector del distrito de Carabaylo.	41
Tabla VI.	Tipo de estado mental que presentan los adultos mayores del club del 1er sector del distrito de Carabaylo.	42
Tabla VII.	Tipo de deambulaci3n que presentan los adultos mayores del club del 1er sector del distrito de Carabaylo.	43

RESUMEN

Las caídas en el adulto mayor tiene tal trascendencia que a veces por simple que esta sea, produce un estado de preocupación de tal manera que la persona que ha sufrido una caída por primera vez se atemoriza por las consecuencias y secuelas que pueden conllevar este episodio. Las caídas son la causa más común de accidentes de los individuos de más de 65 años de edad y representan la principal causa de morbimortalidad por lesiones. El presente estudio tuvo como objetivo determinar el riesgo de caídas de los adultos mayores del club 1er sector del distrito de Carabayllo. Este estudio fue de tipo Descriptivo, Transversal, No experimental, Cuantitativo; donde la población estuvo conformada por 60 adultos mayores del club 1er sector del distrito de Carabayllo. Se utilizó para evaluar el riesgo de caída la escala de Downton. Se obtuvieron como resultados que el 41,7% presenta 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 o presentó 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 relación a los medicamentos se observó que 33,33% no consumen ningún tipo de medicamento, el 26,67% consumen hipotensores y con respecto a los diuréticos, tranquilizantes y otros medicamentos se utilizan con menor frecuencia; con respecto al déficit sensorial el 20% no presenta ninguna alteración mientras entre déficit sensorial auditivo y visual se observa un 20%; en el estado de salud mental predomina el estado orientado con un 98,33% y para finalizar el tipo de deambulacion del adulto mayor con un 70% presenta una deambulacion normal; 26,67% insegura sin ayuda y 3,33% insegura con ayuda. En conclusión se observó que no existe alto riesgo de caída en los adultos mayores del club 1er sector del distrito de Carabayllo.

Palabras claves: Riesgo de caída, Adulto Mayor.

ABSTRAC

The falls in the older adult is of such importance that sometimes, however simple it may be, it produces a state of concern such that the person who has suffered it for the first time is frightened by the consequences and consequences it may entail. Falls are the most common cause of accidents of individuals over 65 years of age and presenting the main cause of morbidity and mortality from injuries. The objective of this study was to determine the frequency of fall risk of older adults in the 1st sector club of the Carabayllo district. This study was of the simple descriptive, transverse, non-experimental, quantitative type; where the population was conformed by 60 senior citizens of the club 1st sector of the district of Carabayllo. The dontown questionnaire was used to assess the risk of falling. The results showed that 41.7% had low risk and 58.3% had a high risk of falling; according to the dimensions of the downa ecala 26.67% did not suffer any fall, 15% suffered 1 fall during the year, 21.67% suffered 2 falls previously in the last year, 18.33% suffered 3 falls, 10 % suffered 4 falls, 5% suffered 5 falls and finally 3.33% suffered 6 falls in the last year. In relation to medicines, it was observed that 33.33% do not consume any type of medication, 26.67% consume hypotensives and with respect to diuretics, tranquilizers and other medications are used less frequently; With respect to the sensory deficit, 20% do not present any alteration while between auditory and visual sensory deficit 20% is observed; in the state of mental health the oriented state predominates with 98.33% and to finish the type of ambulation of the elderly with 70% presents a normal ambulation; 26.67% insecure without help and 3.33% insecure with help. In conclusion, it was observed that there is no high risk of falling in older adults in the 1st sector of the district of Carabayllo.

Keywords: Risk of falling, Elderly.

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Según la Organización Mundial de la Salud, se define a las caídas como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga, como consecuencia las caídas son un importante problema mundial de salud pública.(1) Por otro lado las caídas pueden ser consideradas un tipo de accidente doméstico inesperado no intencional en que el cuerpo del individuo pasa para un nivel más bajo en relación a la posición original, con la incapacidad de corrección en tiempo hábil condicionada a factores intrínsecos (inherentes al propio adulto mayor) y extrínsecos (relacionados al medio ambiente). (2) Aunque en los últimos 20 años se han llevado a cabo numerosas investigaciones y publicaciones sobre este tema, las caídas siguen representando una destacada causa de pérdida funcional, ingresos precoces en residencias socio sanitarias, y aumento de morbilidad y mortalidad en los ancianos(3)

Se calcula que anualmente se producen 646 000 caídas mortales, lo que convierte a las caídas en la segunda causa mundial de muerte por lesiones no intencionales, por detrás de los traumatismos causados por el tránsito. La incidencia registra que más del 80% de las muertes relacionadas con caídas se registran en países de bajos y medianos ingresos, y un 60% de esas muertes se producen en las Regiones del Pacífico Occidental y Asia Sudoriental. Las mayores tasas de mortalidad por esta causa corresponden en todas las regiones del mundo a los mayores de 60 años. (1)

Por otro lado el creciente envejecimiento demográfico observado en los diferentes países constituye un fenómeno complejo de relevancia

mundial, que repercute en los diversos sectores de la sociedad, entre ellos, el de la salud.

Bolaños precisó que una de las poblaciones mas frágiles en la actualidad es la de los adultos mayores, pues, según las cifras del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), representa el 10 % de la población peruana (cerca de 3 millones) y las proyecciones indican que llegará a mas de 8.7 millones en el año 2050.(4) En este contexto, es importante señalar que las caídas afectan hasta el 32% de los adultos mayores de 65 a 74 años y el 51% de los adultos mayores con edad superior de 85 años. Por lo tanto, la alta prevalencia de caídas puede tener graves consecuencias en la calidad de vida de los adultos mayores, lo que puede resultar en una hospitalización prolongada, institucionalización, restricción de las actividades y de la movilidad, cambios en el equilibrio y control postural, aislamiento social, ansiedad y depresión.

Entre los factores de riesgo relacionados con el individuo (Intrínsecos) y asociados a los eventos de caídas, está la disminución de la función sensorial, que es necesaria para el control postural, y cuyos componentes son: disminución de la capacidad visual y auditiva. Ambos son estadísticamente relacionados con el riesgo de caídas, y en asociación con los trastornos vestibulares y propioceptivos, provocan una reducción de la información sobre el equilibrio axial y, en consecuencia, un aumento del tiempo de reacción a situaciones peligrosas .(5)

Por lo tanto, los cambios resultantes del envejecimiento de la población resulta de una nueva visión sobre el cuidado, lo que requiere la priorización de la independencia funcional y de su autonomía , por otro lado la ocurrencia de caídas afecta los aspectos biopsicosociales y

económicos de los adultos mayores y la sociedad, por lo cual es importante conocer los factores de riesgo y la ocurrencia de caídas, con el objetivo de establecer medidas de prevención.

Frente a lo expuesto, el objetivo de este estudio es determinar el riesgo de caídas de adultos mayores del club 1er sector del distrito de Carabaylo.

1.2. Formulación del problema

Pregunta General:

- ¿Cuál es el riesgo de caídas que presentan los adultos mayores del club 1er sector del distrito de Carabaylo - junio 2018?

Preguntas Específicas:

- ¿Cuál es la frecuencia de las caídas previas que presentan los adultos mayores del club del 1er sector del distrito de Carabaylo?
- ¿Qué tipo de medicamento consumen más los adultos mayores del club del 1er sector del distrito de Carabaylo?
- ¿Qué tipo de déficit sensorial presentan los adultos mayores del club del 1er sector del distrito de Carabaylo?
- ¿Qué tipo de estado mental presentan los adultos mayores del club del 1er sector del distrito de Carabaylo?
- ¿Qué tipo de deambulaci3n presentan los adultos mayores del club del 1er sector del distrito de Carabaylo?

1.3. Justificación

Nuestra investigación es de suma importancia porque pretende describir el riesgo de caídas de los adultos mayores pertenecientes al club 1er sector del distrito de Carabayllo. Teniendo en cuenta el crecimiento demográfico de la población adulto mayor y el impacto que la caída puede tener en la funcionalidad y calidad de vida de esta población. La caída es un síndrome entre los adultos mayores y la edad no es un factor determinante es así que siendo considerada de causas multifactoriales nos motivó a utilizar una escala de evaluación que abarque más aspectos además del físico, como el uso de medicamentos, déficit sensorial, estado mental, deambulacion, por ello la importancia de mostrar los datos obtenidos con este instrumento de evaluación, que nos permitirá detectar el nivel de riesgo de caída, lo cual nos sirve como un aviso o una señal de alerta, que puede servir para intervenir rápidamente y así evitar las consecuencias graves de una caída, como son las fracturas, dismovilidad, úlceras por decúbito, entre otras complicaciones que podría limitar su independencia y su rol en la sociedad. Así el objetivo principal de nuestro estudio es determinar el riesgo de caídas en los adultos mayores del club 1er sector del distrito de Carabayllo. Los resultados nos permitirán aportar datos estadísticos actualizados, subsidiar directrices que contribuyan a la construcción de programas asistenciales de atención a la salud de este grupo etario. A su vez pretendemos que a través de esta investigación se intensifiquen las miradas que se tienen sobre la población de adultos mayores y las concepciones frente al envejecimiento y el riesgo de caídas constituyéndolos en espacios, saberes, sensaciones, aprendizajes, aportes y sugerencias desde la cotidianidad, para una orientación más sólida que permitan generar impactos positivos en el conocimiento de nuestros adultos mayores.

Este trabajo es viable, debido a que contamos con una población que cumple con las características necesarias para esta investigación, además de contar con los permisos administrativos necesarios y el

consentimiento informado previo de los adultos mayores que acceden a la evaluación , la institución apoya el aporte de nuevos conocimientos en base a investigaciones que cumplan con sus normativas , contamos con el recurso humano necesario para poder realizar la evaluación de la Escala de Downton .

La participación consentida e informada de los participantes apoyara la factibilidad de esta investigación.

Finalmente, la universidad Norbert Wiener como productora de conocimientos se verá constituida por nuevos enfoques. Así mismo, la investigación guarda la línea ofreciendo un aporte directo a ella desde una perspectiva educativa, preventiva, tratamiento y de rehabilitación, fortaleciendo el rol de liderazgo dentro del equipo de salud, permitiéndole implementar programas preventivos-promocionales que fomenten el trabajo.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General:

Determinar el riesgo de caídas de los adultos mayores del club 1er sector del distrito de carabaylo - junio 2018.

1.4.2 Objetivos Específicos:

- Identificar la frecuencia de las caídas previas que se presentan en los adultos mayores del club del 1er sector del distrito de Carabaylo - junio 2018.
- Conocer el tipo de medicamento que consumen más los adultos mayores del club del 1er sector del distrito de Carabaylo.

- Conocer el tipo de déficit sensorial que presentan los adultos mayores del club del 1er sector del distrito de Carabayllo - junio 2018.
- Conocer el tipo de estado mental que presentan los adultos mayores del club del 1er sector del distrito de Carabayllo.
- Identificar el tipo de deambulaci3n que presentan los adultos mayores del club del 1er sector del distrito de Carabayllo - junio 2018.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes Nacionales

Canales Anthony M. (2018) Según su investigación “ Factores asociados al Riesgo de Caídas en los Adultos Mayores de Consultorio del Hospital Goyeneche, Arequipa- 2018”. Tuvo como objetivo establecer los factores asociados al Riesgo de Caídas en los Adultos Mayores de Consultorio del Hospital Goyeneche, Arequipa- 2018. Se evaluó a una muestra de 85 pacientes adultos mayores que acudieron a consulta externa de los servicios de Medicina Interna y Cirugía para aplicar una ficha de datos, la escala de riesgo de caídas de la OMS y la escala de Downton. Los resultados demostraron lo siguiente: Entre los que cayeron el 91.30% tenía un riesgo de caídas de Downton alto, mientras que en los que no cayeron el índice alto se presentó en 43.75% . La edad predominante de los que cayeron estuvo entre los 70 y 79 años (47.83%), al igual que entre los que no cayeron. El género de los ancianos que tuvieron una caída fue femenino en 60.87%, mientras que los que no cayeron fueron más varones (56.25%). El 76.81% de adultos que cayeron tenían alguna comorbilidad, lo que ocurrió en 62.50% de los que no cayeron. El 76.81% de adultos mayores que sufrieron una caída tomaban algún medicamento, lo que ocurrió en 62.50% de los que no cayeron; se presentó déficit sensorial en 92.75% de los adultos mayores que cayeron y en 81.25% de los que no cayeron; 82.61% de los que sufrieron caídas tenían alteraciones visuales, comparado con 56.25% en el grupo sin caída; igualmente, 34.78% de casos con caídas tuvieron alteraciones auditivas, y 18.75% de los que no cayeron, y hubo proporciones similares de paresia en las extremidades (30.43% y 31.25% respectivamente). El 20.29% de los que cayeron están en estado confuso, lo que se presentó en 12.50% de los que no cayeron. El estado de la deambulacion fue normal en 33.33% de los que cayeron y en 62.50% de los que no cayeron, y hubo más marcha insegura con ayuda en el primer grupo (14.49%) que en el segundo (6.25%). En conclusión hubo

una elevada proporción de adultos mayores que sufrió caídas y se relaciona con la escala de riesgo de caídas de Downton y no es influida por las características demográficas o clínicas de los adultos mayores. ⁶

Cotaquispe Dawni A. (2017) Según su estudio “ Nivel de riesgo de caídas en el adulto mayor internado en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2017”. Tuvo como objetivo principal determinar el nivel de riesgo de caídas que presenta el adulto mayor internado en el servicio de medicina del Hospital San Juan de Lurigancho 2017; fue un estudio de nivel descriptivo de corte transversal de diseño no experimental. La población y muestra estuvo conformada por 70 pacientes internados de 60 años a más, las técnicas utilizadas fueron la encuesta ,la observación y los instrumentos aplicados fueron el cuestionario y la ficha de recolección de datos. Se encontró que del total de 70 adultos mayores encuestados la mayoría presentan un nivel medio de riesgos de caídas 98.6%, según sexo el femenino presentan un nivel medio de riesgos de caídas 98.2% asimismo la mayoría que oscilan en las edades de 70 a 79 años presentan un nivel medio de riesgos de caídas 100%, y por factores extrínsecos presentan un nivel medio de riesgos de caídas (92.9). Se concluye que el nivel de riesgo de caídas es medio, esto se debe a que influye diversos factores de riesgo entre ellos el sexo, la edad, factores extrínsecos se debe de trabajar en ello para disminuir el riesgo. ⁷

Bernuy C, Patricia J. (2016) Según su estudio “Riesgo de caídas del adulto mayor del asentamiento Humano las Lomas de Parcona Ica, Noviembre-2016 “. Tuvo como objetivo determinar el riesgo de caídas del adulto mayor del asentamiento Humano las Lomas de Parcona Ica, Noviembre-2016. La investigación fue de enfoque cuantitativo, descriptivo simple, no experimental de corte transversal. La población estuvo conformada por 86 adultos mayores. Se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento la escala de Downton modificada. Los resultados mostraron Respecto al riesgo de caídas del adulto mayor según dimensión

edad, el 49% (42) tienen riesgo bajo, el 28% (24) riesgo medio y el 23% (20) riesgo alto; según el sexo el 37% (32) presenta riesgo alto y el 63% (54) riesgo bajo; según causas intrínsecas el 65% (56) tiene riesgo medio, el 26% (22) tiene riesgo bajo y el 9% (08) tiene riesgo alto; según causas extrínsecas, el 78% (67) tienen riesgo medio, el 16% (14) tienen riesgo alto y el 6% (05) tienen riesgo bajo; según consecuencias es medio en el 67% (58), alto en el 18% (15) y bajo en el 15% (13); según resultados globales, el riesgo de caídas del adulto mayor es medio en el 47.6% (41) bajo en el 31.8% (27) y alto en el 20.6% (18). Se concluyó que el riesgo de caída en el adulto mayor del Asentamiento Humano Las Lomas de Parcona, es medio, por lo que se rechaza la hipótesis de la investigación. ⁸

Gretel Jhoana(2016) Según su investigación “Riesgo de caídas en los pacientes geriátricos de la Policía San José, 2016”. Tuvo como objetivo estimar el riesgo de caídas del adulto mayor en el Hospital Geriátrico PNP “San José”, enero 2017. El enfoque utilizado fue cuantitativo, descriptivo y transversal, el diseño del estudio fue sin intervención y observacional. Se entrevistó a 120 personas adultos mayores. La edad promedio de los adultos mayores fue de 76,8 años, se observó que el 70% presentó un riesgo alto de caída, y un 30% riesgo bajo; el nivel de riesgo de caída según grupo de edad son de mayores porcentajes: en riesgo bajo con 58,3% al grupo de 60 a 71 años, en el riesgo alto con 42,9% al grupo de 72 a 81 años y en el grupo de edad de 93 a 102 años no hay riesgo de caída bajo; los factores con mayor influencia en el riesgo de caída son la toma de medicamentos con 87% y déficit sensorial con 79%, siendo el de menor influencia, estado mental con 6%. Se concluyó que el nivel de riesgo de caídas del adulto mayor en el Hospital Geriátrico de la Policía “San José” enero 2017, es un riesgo alto. ⁹

2.1.2 Antecedentes Internacionales

Gómez L; Chicharro S; Morcuende B. (2015) Según la investigación “Caídas en ancianos institucionalizados: valoración del riesgo, factores relacionados y descripción”. Su objetivo es conocer la prevalencia y características de las caídas ocurridas durante el año 2015 en los ancianos institucionalizados en una residencia socio sanitaria en la provincia de Toledo, realizado el estudio entre 1 de enero de 2015 y el 5 de enero de 2016. El tipo de estudio fue transversal observacional, descriptivo y retrospectivo. El factor predominante de caída en la investigación fue la pérdida de equilibrio con un 65.63%, donde se contó con un total de 108 personas adultas mayores, donde su medición fue con dos instrumentos para poder determinar la prevalencia de las caídas. En la valoración de la escala de J.H Downton que el 17,6% no presentaba riesgo y que el 82,4% presentaba un alto riesgo de caídas, sin embargo en la escala de Tinetti se obtuvo el 10,18% era un estado normal sin riesgos, el 18,52% tenía riesgo de caídas, y el 71,3% tenía un elevado riesgo de caídas. Al comparar la existencia o no de caídas con el resultado obtenido en la escala de J.H. Downton (sin riesgo/alto riesgo), se obtuvo una relación significativamente estadística.¹⁰

Araújo Carolina R. (2014) Según su investigación “Evaluación del riesgo de caídas y factores asociados en ancianos, 2014. Tuvo como objetivo evaluar el riesgo de caídas y factores asociados en ancianos. Se trata de un estudio exploratorio descriptivo, con enfoque cuantitativo llevado a cabo en grupos de la comunidad de edad avanzada, con una muestra de 100 personas mayores. Se utilizó un cuestionario con variables sociodemográficas y de salud y el riesgo de la escala a nivel de Downton. Los datos fueron analizados utilizando estadística descriptiva y la aplicación de la prueba de chi-cuadrado. Se observó que 94,0% de los sujetos tenía un alto riesgo de sufrir caídas, encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre el alto riesgo de caídas y de las

variables. Se concluyó que hubo un alto riesgo de caídas entre los ancianos evaluados, y el riesgo de caídas asociados con el sexo femenino, estado civil se refiere a un viudo y la presencia de problemas de salud. ¹¹

Lucía A; Christian A; et al (2013). Según su investigación “Prevalencia de caídas en adultos mayores y factores asociados en la Parroquia Sidcay - Cuenca, 2013”. Tuvo como objetivo determinar la prevalencia de caídas en adultos mayores y sus factores asociados intrínsecos: enfermedades crónicas, estado mental, deambulación; extrínsecos: fármacos, alcohol, calzado, actividades diarias, lugar, condición del suelo, intervalo del día, y no clasificables: caídas previas, temor a caer, tipos de caídas; en la Parroquia Sidcay, Cantón Cuenca. El tipo de estudio fue transversal; la población de estudio se estableció en los adultos mayores de la Parroquia Sidcay. Se entrevistó a 489 adultos mayores, se utilizó un cuestionario basado en la OMS y “Escala de Riesgo de Caídas de Downton. Los resultados demostraron el riesgo de caídas según la escala de Downton fue: riesgo alto 32,1% y riesgo bajo 67,9%. Las caídas fueron mayores en pacientes: con enfermedades crónicas, con estado mental confuso, con deambulación insegura con o sin ayudas, que consumen medicamentos, con bajo riesgo por consumo de alcohol, que deambulan descalzos y que ya habían presentado caídas previas. Se llegó a la conclusión que si existe relación entre la prevalencia mundial de caídas en el adulto mayor con la Parroquia Sidcay, siendo los factores de mayor riesgo: >74 años, sexo femenino, que viven sin pareja, con alteraciones nutricionales, enfermedades crónicas, estado mental confuso, deambulación insegura con o sin ayudas, que consumen medicamentos, que deambulan descalzos y que ya habían presentado caídas previas. ¹²

Damaris L; Guillermo H; et al (2015). Según su investigación “Factores de riesgo asociados a caídas en el anciano del policlínico Universitario Hermanos Cruz, 2015”. Tuvo como objetivo identificar los factores de riesgo asociados a caídas en el anciano durante el 2014 en un grupo

básico de trabajo del Policlínico Universitario Hermanos Cruz del Pinar del Río. El enfoque de estudio fue descriptivo y transversal, lo cual estuvo constituida por 2064 pertenecientes a este Grupo Básico de trabajo. Los resultados obtenidos fueron que el 6.7% de los ancianos que sufrieron caídas se encuentran entre 60 y 70 años de edad y del sexo masculino (9,7%). Los factores de riesgo extrínsecos ambientales que más incidieron fueron los relacionados con el calzado y los presentes en el dormitorio; los factores de riesgo fisiológicos fueron las alteraciones de la marcha en los hombres, y la pluripatología/polifarmacia en las mujeres; otros encontrados fueron las afecciones cardiovasculares, la osteoartritis cervical y las cataratas. Se concluyó las caídas en los ancianos representan un problema de salud pública en los del Grupo Básico de Trabajo 1 del Policlínico Universitario Hermanos Cruz, que tiende a agravarse con el envejecimiento demográfico, por lo que resulta indispensable el conocimiento y modificación de los factores de riesgo asociados a ellas, para su prevención y control. ¹³

2.2 Base teórica

2.2.1 ADULTO MAYOR

Poder determinar el inicio de envejecimiento según el área cronológica, inicia a partir de los 60 y 65 años de edad según literaturas o fuentes actuales de salud como es la Organización Mundial de Salud también realiza una clasificación en la cual las personas de 60 -74 años son considerados edad avanzada, 75- 90 viejos o ancianos y los que sobrepasan los 90 se denominan longevos. En el año 2006 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), definen a un adulto mayor funcionalmente sano como el anciano capaz de enfrentar este proceso de cambio con un nivel adecuado de adaptación funcional y de satisfacción personal. Sin embargo cada persona lleva un proceso de envejecimiento diferente ya sea por su morfología o su tipo de actividad diaria, por ello se expresan diversas concepciones que pretenden definir y

expresar los distintos modos de respuesta ante el proceso del paso de los años. (14)

En términos fisiológicos el envejecimiento es un proceso que afecta a los distintos órganos y sistemas del organismo, tiene un carácter deletéreo, progresivo, intrínseco y universal, que con el tiempo ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo y su medio ambiente. Se sabe que del total de la población adulta mayor, el 60-70% son individuos independientes, el 30% son catalogados como frágiles o en riesgo y sólo un 3% corresponde a personas inválidas o postradas. (14)

2.2.2 ENVEJECIMIENTO

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), concibe el envejecimiento como "una etapa del desarrollo humano y como un proceso que envuelve factores de índole biológica, psicológica y sociocultural. Este proceso es universal e individual y se inicia desde que nacemos". El envejecimiento es un proceso universal, continuo, irreversible, dinámico, progresivo, declinante y heterogéneo, y, hasta el momento, inevitable, en el que ocurren cambios biopsicosociales resultantes de la interacción de factores genéticos, sociales, culturales, del estilo de vida y la presencia de enfermedades.

Características del envejecimiento

- ✓ Universal, es propio de todos los seres vivos.
- ✓ Progresivo, porque es un proceso acumulativo.
- ✓ Continuo, tiene un inicio y final.
- ✓ Dinámico, porque está en constante cambio, evolución.
- ✓ Irreversible, no puede detenerse ni revertirse; es definitivo.
- ✓ Declinante, las funciones del organismo se deterioran en forma gradual hasta conducir a la muerte.

- ✓ Heterogéneo e individual, porque el proceso de envejecimiento no sigue un patrón establecido. Cada especie tiene su propia característica de envejecimiento y varía enormemente de sujeto a sujeto, y de órgano a órgano dentro de la misma persona.

Los cambios sobre el organismo causados por el envejecimiento pueden expresarse de dos maneras: envejecimiento normal o primario, referido a los cambios derivados del propio paso del tiempo y su característica universal es el criterio principal; y el envejecimiento patológico o secundario, caracterizado por la presencia de una enfermedad o discapacidad además de los cambios propios del envejecimiento.(15)

Las caídas son más frecuentes en personas adultas mayores, debido a que existen cambios que son propios del envejecimiento. Dentro del proceso de envejecimiento se identifican distintas variables fisiológicas que predisponen a las caídas:

- Alteración de reflejos posturales (la parte visuales de la retina, pérdida de la información propioceptiva desde articulaciones por degeneración progresiva de sus mecano receptores).
- Reducción del control muscular y aparición de rigidez musculo esquelética.
- Aumento de inestabilidad y balanceo al andar.
- Alteración de barorreceptores y reducción de flujo cerebral.
- Alteraciones auditivas.
- Alteraciones visuales con disminución de la agudeza visual, sobre todo nocturnas. Los factores ambientales también son importantes dentro de las causas de las caídas en este grupo etéreo. Sin embargo, una persona sin disfunciones sorteará fácilmente los distintos obstáculos ambientales, no así alguien con alteraciones o riesgo. (14)

2.2.3 RIESGOS DE CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR

Es un acontecimiento involuntario que tiene como consecuencia pérdida de equilibrio dirigido al suelo provocando lesiones que pueden ser dañinas para la salud de la persona, llegando también a ser mortales en algunos casos según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta precipitación suele ser repentina, involuntaria e insospechada y puede ser confirmada por el paciente o un testigo, dado que son las causas más frecuentes de pérdida de funcionalidad en la población mayor a 60 años, las que además están asociadas a un alto grado de morbimortalidad en la sociedad.(16)

En lo estadístico, las caídas son un importante problema mundial de salud pública. Se calcula que anualmente se producen 646 000 caídas mortales, lo que convierte a las caídas en la segunda causa mundial de muerte por lesiones no intencionales, por detrás de los traumatismos causados por el tránsito. Más del 80% de las muertes relacionadas con caídas se registran en países de bajos y medianos ingresos, y más de dos terceras partes de esas muertes se producen en las Regiones del Pacífico Occidental y Asia Sudoriental. Las mayores tasas de mortalidad por esta causa corresponden en todas las regiones del mundo a los mayores de 60 años. Cada año se producen 37,3 millones de caídas que, aunque no sean mortales, requieren atención médica y suponen la pérdida de más de 17 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad. La mayor morbilidad corresponde a los mayores de 65 años.(16)

Ambos sexos corren el riesgo de sufrir caídas en todos los grupos de edad y todas las regiones. Sin embargo, en algunos países se ha observado que los hombres tienen mayor probabilidad de sufrir caídas mortales, mientras que las mujeres sufren más caídas no mortales. Las ancianas y los niños pequeños son especialmente propensos a las caídas y a una mayor gravedad de las lesiones consiguientes. La tasa de mortalidad es sistemáticamente mayor en los varones en todo el mundo. Entre las posibles explicaciones de este hecho se encuentran los mayores niveles de

comportamientos de riesgo y la mayor peligrosidad de las actividades laborales. (16)

2.2.3.1 FACTORES DE RIESGO

En los adultos mayores, hay muchos factores que pueden facilitar o propiciar la aparición de caídas. Estos factores se dividen en dos grandes grupos: intrínsecos, que son inherentes a la persona, relacionados con los cambios biológicos y psicosociales asociados con el envejecimiento; y extrínseca, que resulta de la interacción de los adultos mayores con el medio ambiente, por ejemplo, la calidad del piso y de la iluminación en su residencia, acceso al transporte público y a las zonas de recreo, entre otros. Sin embargo, por ser eventos multifactoriales, estos factores están relacionados con la capacidad de mantener las habilidades necesarias para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, percibidas como un requisito para vivir con independencia y autonomía, por lo que es a menudo difícil reportarlos por separado. (17)

Factores intrínsecos

Comprenden los cambios y los trastornos relacionados con el envejecimiento que afectan a las funciones necesarias para mantener el equilibrio. Estas funciones son la vestibular, la propioceptiva y la visual, que se integran a nivel del cerebelo. También son importantes la función cognitiva y la musculatura esquelética. Por estas razones, la artritis de las piernas (con el dolor y la limitación del arco de movilidad y de la potencia asociados) y la demencia (que se asocia con falta de juicio, distracción y confusión) contribuyen al riesgo de caídas.

Factores extrínsecos

Están implicados hasta en el 50% de las caídas. Los factores extrínsecos e intrínsecos interactúan para contribuir al riesgo de caídas y de lesiones relacionadas con las mismas cuando existen factores extrínsecos, cuando el

ambiente o las tareas realizadas demandan mayor control postural y movilidad, cuando las situaciones requieren cambios de posición frecuentes (p. ej., transferencias, giros), cuando el paciente asume riesgos (p. ej., caminar con los calcetines) y cuando éste ingresa en una residencia. Además, la tolerancia de la persona mayor al riesgo es cada vez mayor cuando ya se ha caído alguna vez. (17)

2.2.3.2 CONSECUENCIAS RELACIONADAS CON LAS CAÍDAS

Las caídas tienen importantes consecuencias que repercuten con el adulto mayor; las podemos clasificar en: **Consecuencias Físicas** (Las fracturas son las consecuencias físicas más graves), **Consecuencias Psicológicas** (cambios en el paciente y su familia) y **Consecuencias Funcionales** (incapaz de poder movilizarse por el daño físico o por medio de volverse a caer). La mitad de los que sufren una caída no recuperan el nivel funcional previo al accidente Además de las consecuencias físicas, Las caídas tienen importantes consecuencias psicológicas y sociales como:

- Depresión o el miedo a una nueva caída.
- Cambios del comportamiento y actitudes que pueden observarse en los cuidadores y en su entorno familiar que van a provocar una disminución de las actividades físicas y sociales.

Las caídas también tienen consecuencias económicas, ya que en los casos de hospitalización o institucionalización hay aumento de costos y, con el aumento de la dependencia, la necesidad de un cuidador. (17)

ESCALA DE J.H DOWNTON:

La escala de J.H. Downton, creado en 1993 por el medico J.H. Downton, recoge ciertos factores de mayor incidencia en el riesgo de caídas, siendo una escala validada de fácil uso y aplicabilidad en los diferentes ámbitos asistenciales. Está conformado por 5 ítems, que son: caídas previas, medicación, déficit sensorial, estado mental y deambulación. Cada ítem

tiene cada resultado propio, la cual está relacionada con una puntuación, la lectura de esta escala se realiza en pacientes geriátricos que obtengan tres o más puntos, siendo positivo el riesgo de caídas cuando se tiene del resultado final. (18)

a- Caídas previas:

Se da a conocer, al cuidador primario si el paciente ha sufrido alguna caída en alguna otra ocasión previa.

b- Medicamentos:

El consumo de fármacos se origina por el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas, dado en la población general de pacientes geriátricos, donde se ve un incremento de consumo de fármacos por múltiples factores que conlleva a la dependencia y problemas con relación a los medicamentos.

En este ítem se verifica que medicamento está recibiendo el paciente, ya sea diurético, sedante, hipotensor, relajante, hipoglicemiante o analgesia epidural, etc. Porque hay una relación directa de la cantidad de medicamento que recibe el paciente, con el riesgo que presenta una caída, o también por la combinación que se puede dar al consumir varios medicamentos (ingesta), como conclusión final es uno de los factores principales de riesgo.

c- Déficit sensorial:

Se pregunta si tiene alguna alteración visual, auditiva o debilidad muscular.

A continuación se describirá las alteraciones que se presenta:

- Alteración visual:

La baja visión tiene un aumento progresivo con el pasar de los años, dando como deterioro las funciones visuales de coordinación motora - visual con la edad.

La visión disminuida afecta las actividades sociales, siendo un elemento de aislamiento social. Muchas veces la persona tiene miedo a abandonar la seguridad de su casa, El contacto visual y la correcta percepción de los gestos son muy importantes en la conversación y en el relacionamiento humano. Cuyo déficit se observa en las actividades diarias de aseo personal, andar en la casa, prepararse alimentos, comer y al realizar su vestimenta propia.

- **Alteración auditiva:**

Dentro de las alteraciones sensoriales los pacientes geriátricos, tienen a disminuir la parte auditiva donde es un factor que repercute negativamente para el ámbito social.

Se estima que entre el 70 y el 80% de los adultos mayores de 65 a 75 años de edad padecen presbiacusia (pérdida progresiva de la capacidad para oír altas frecuencias). Aunque se trata de una realidad, las propias personas geriátricas suelen minimizar este déficit; por tal motivo, es fundamental que tomen conciencia sobre la situación en que se encuentran, además la pérdida de equilibrio puede estar relacionado con el oído interno conllevando a disminución del equilibrio en el movimiento y falta de actitud en la alineación corporal.

d- Estado mental:

- Orientado: orientado: tiempo, espacio y lugar.
- Confuso: alteración de la percepción visuo – espacial, esto quiere decir la disminución de la capacidad de poder guiarse en su entorno. (19)

e- Deambulación:

El paciente geriátrico presenta en esta etapa una disminución en la trayectoria de la marcha esto se da por el deterioro funcional, habitualmente es multicausal, otros casos por etiologías neurológicas y musculoesqueléticas están presentes en la mayor parte de los paciente, contribuyen al aumento de morbilidad en el riesgo de caída en la población geriátrica.

Dentro de la escala de Downton en la parte deambulacion presenta los siguientes ítems:

- Marcha normal: se observa la trayectoria de la marcha. Viendo tanto la longitud como la velocidad en que lo ejecuta y fijándose bien su base de sustentación y equilibrio.
- Marcha segura: se realiza con una ayuda biomecánica o no, pero evaluando siempre su equilibrio en la trayectoria.
- Marcha insegura: se observa el esfuerzo de mantenerse consciente y que sea constante al realizar la marcha.
- Marcha imposible: pacientes que están imposibilitados al ejecutar el desplazamiento.(20)

2.3 Hipótesis

H.i: Existe alto riesgo de caída en los adultos mayores del club 1er sector del distrito de carabaylo.

H.o: No existe alto riesgo de caída en los adultos mayores del club 1er sector del distrito de carabaylo.

2.4 Definición Operacional de Términos

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	TIPO DE VARIABLE	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
Riesgo de caída	Es un acontecimiento involuntario que tiene como consecuencia pérdida de equilibrio dirigido al suelo u otra superficie firme que lo detenga (Según la OMS 2017)	“Valoración de las caídas producidas por factores intrínsecos o extrínsecos”	-Caídas previas -Medicamentos -Déficit sensorial -Estado mental -Deambulaci3n	Cualitativo	NO SI Ninguno Tranquilizantes Diuréticos Hipotensores(no diuréticos) Antiparquinsonianos Antidepresivos Otros medicamentos Ninguno Alteraciones visuales Alteraciones auditivas Extremidades (ictus) Orientado Confuso Normal Seguro con ayuda Insegura con ayuda o sin ayuda Imposible	Ordinal
Adulto mayor	Según la OMS las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; 75 a 90 ancianas y las que sobrepasan los 90 grandes longevos. (OMS 2005)		-Adulto mayor de edad avanzada -Adulto mayor ancianos -Adulto mayor longevo -Sexo	Cuantitativo	60- 74 75- 90 90 a más Masculino ó Femenino	Nominal

2.5 Variables e Indicadores

V1: Riesgo de Caídas

V2: Adulto Mayor

2.5.1 Definición conceptual de la variable:

Riesgo de caída: Son diversos factores que provocan la falta de equilibrio en la persona ocasionando un golpe al caerse al suelo.

2.5.2 Definición operacional de la variable:

Adulto Mayor : Etapa de la persona que sigue después de la adultez, se llama así a las personas que tienen más de 65 años de edad, también estas personas pueden ser llamados de la tercera edad. Se observa una disminución de la parte biológica, social y psicológica en esta etapa.

CAPITULO III: DISEÑO Y MÉTODO

3.1 Tipo y Diseño de investigación

La presente investigación fue :

Según Tendencia: Cuantitativa

Según su Orientación: Aplicada

Según el Periodo y Secuencia: Transversal

Según el Análisis y Alcance: Descriptivo

Diseño

Observacional

3.2 Población y Muestra

3.2.1 Población:

La presente investigación se realizará a los adultos mayores del Club 1er sector ubicada en el distrito de Carabayllo , conformado por 60 adultos mayores.

3.2.2 Muestra:

Esta investigación estuvo conformada por toda la población de adultos mayores del club 1er sector del distrito de Carabayllo que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

3.2.3 Criterios de Inclusión:

- Adulto mayor de 60 años que asista al club 1er sector de Carabayllo en el mes de junio 2018.
- Adulto mayor que desee participar en el estudio y firme el consentimiento informado.

3.2.4 Criterios de Exclusión:

- Adulto mayor que presenten descompensaciones hemodinámicas en el momento de la evaluación.
- Adulto mayor que se niegue a participar de la entrevista para la investigación.

3.3 Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos

Técnica:

Para el desarrollo de la investigación se utilizó:

Autorizaciones: Inicialmente se procedió a solicitar la autorización a la encargada del Programa del Adulto Mayor y posterior a ello al Presidente del Club 1er sector para la recolección de datos, recopilación de información y aplicación de la escala. Así mismo se solicitó la autorización de los pacientes que participaban en la investigación mediante un formato escrito.

Procedimiento

Se evaluó a 60 personas adultas mayores del club 1er sector del distrito de Carabayllo que cumplan los criterios de selección. Se solicitó a cada persona poder acceder a unas ciertas preguntas luego se explicó el motivo de la investigación y se hizo firmar el consentimiento informado. Por último se procedió a realizar el cuestionario.

No se realizó ninguna prueba piloto.

Recolección de Datos

La recolección de datos fue en el mes de junio del 2018 a través del cuestionario de Downton, el tiempo estimado fue de 25 minutos.

Instrumento

Se utilizó la escala de Downton y el cuestionario de Riesgo de caídas.

3.4 Plan de Procesamiento y Análisis de Datos

El procesamiento de datos se llevó a cabo electrónicamente mediante el uso del programa estadísticos SPSS, versión 20, y el programa Excel para la elaboración de los gráficos y cuadros.

3.5 Aspectos Éticos

La investigación se realizó respetando los principios bioéticos más importantes de regulación de la investigación en seres humanos.

Se utilizó el consentimiento informado con todos los sujetos que voluntariamente accedieron a participar y considerando en todo momento los principios de bioética: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia de la investigación los cuales se explicó antes de proceder a la recolección de datos.

Se obtuvo la autorización del Presidente del Club Adulto Mayor, así como también la autorización de la coordinadora del Área de Terapia Física. Los resultados del estudio estuvieron resguardados por ética profesional, teniendo acceso solo las responsables y el asesor del proyecto.

A todos los participantes en el estudio se les entregó previamente una carta de consentimiento Informado (ver anexo 3), en el cual se explicó el objetivo de la investigación y la importancia de su participación, para que de esta forma no se sintieran manipulados con fines personales del investigador, de esta forma se garantizó que la decisión del sujeto de investigación sea completamente informada y que se esté respetando su autonomía. En este documento se puso en manifiesto la libre voluntad de los sujetos de participar en el estudio, así como la de retirarse en cualquier momento si así lo consideraran, también se guardó confidencialidad de todos los datos de cada participante.

CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

4.1.1. Tabla cruzada entre las variables **Adulto Mayor** y **Riesgo de caídas** de adultos mayores del Club 1er sector del distrito de Carabayllo, junio 2018.

Tabla I

		Riesgo de caídas				
		Riesgo Bajo	Riesgo Alto	Total		
		Recuento	22	26	48	
Adulto Mayor	Adulto mayor de edad avanzada	% dentro de Categoría: Riesgo de caídas	88,0%	74,3%	80,0%	
		% del total	36,7%	43,3%	80,0%	
			Recuento	3	9	12
	Adulto mayor ancianos	% dentro de Categoría: Riesgo de caídas	12,0%	25,7%	20,0%	
		% del total	5,0%	15,0%	20,0%	
		Recuento	25	35	60	
Total	% dentro de Categoría: Riesgo de caídas		100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total		41,7%	58,3%	100,0%	

Fuente: Elaboración Propia

En la tabla se observa que de una muestra de 60 adultos mayores que participaron en la investigación, considerando ambas categorías 25 presentan riesgo de caídas y 35 un riesgo alto.

4.1.1.1 Estadístico Chi - Cuadrado entre las variables Adulto Mayor y Riesgo de caídas de los adultos mayores del Club 1er sector del distrito de Carabayllo, junio 2018.

Tabla I.II

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,714	2	,190
Corrección de continuidad	,964	2	,326
Razón de verosimilitud	1,799	1	,180
Asociación lineal por lineal	1,686	1	,194
N de casos válidos	60		

Fuente: Elaboración Propia

Según la prueba estadística Chi – Cuadrado, se obtuvo un valor de significancia bilateral equivalente a 0,190, este valor resulta ser superior a 0,05 ($p > 0,05$) por lo tanto, aceptamos la hipótesis nula (H_0) **“No existe alto riesgo de caída en los adultos mayores del Club 1er sector del distrito de Carabayllo”**.

4.1.2 Riesgo de caída en los adultos mayores según sexo

Tabla II

Tabla de frecuencias. Variable: **Adulto Mayor**. Segmentado por sexo.

Sexo		Frecuencia	Porcentaje
		(N)	(%)
Masculino	Adulto mayor de edad avanzada	6	54,5
	Adulto mayor ancianos	5	45,5
	Total	11	100,0
Femenino	Adulto mayor de edad avanzada	42	85,7
	Adulto mayor ancianos	7	14,3
	Total	49	100,0

Fuente: Elaboración Propia

Se observa una mayor frecuencia de adultos mayores de sexo Femenino equivalente al 82,0 % de la muestra total. Dentro de este sexo hay una mayor frecuencia de adultos de categoría adulto mayor de edad avanzada.

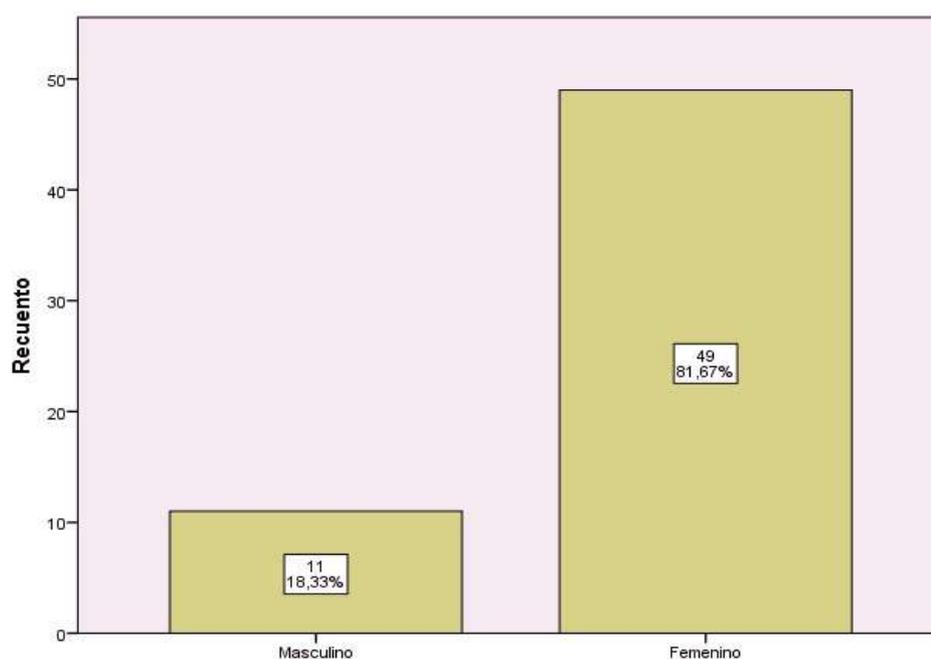


Tabla II.I

Tabla de frecuencias. Variable: **Riesgo de caídas**. Segmentado por Sexo.

Sexo		Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Masculino	Riesgo Bajo	6	54,5
	Riesgo Alto	5	45,5
	Total	11	100,0
Femenino	Riesgo Bajo	19	38,8
	Riesgo Alto	30	61,2
	Total	49	100,0

Fuente: Elaboración Propia

El presente cuadro muestra una mayor frecuencia de riesgo de caída en el sexo femenino, del cual 30 adultos mayores presentan un riesgo alto de caída y 19 un riesgo bajo, mientras que en el sexo masculino solo 5 presentan riesgo alto y 6 riesgo bajo.

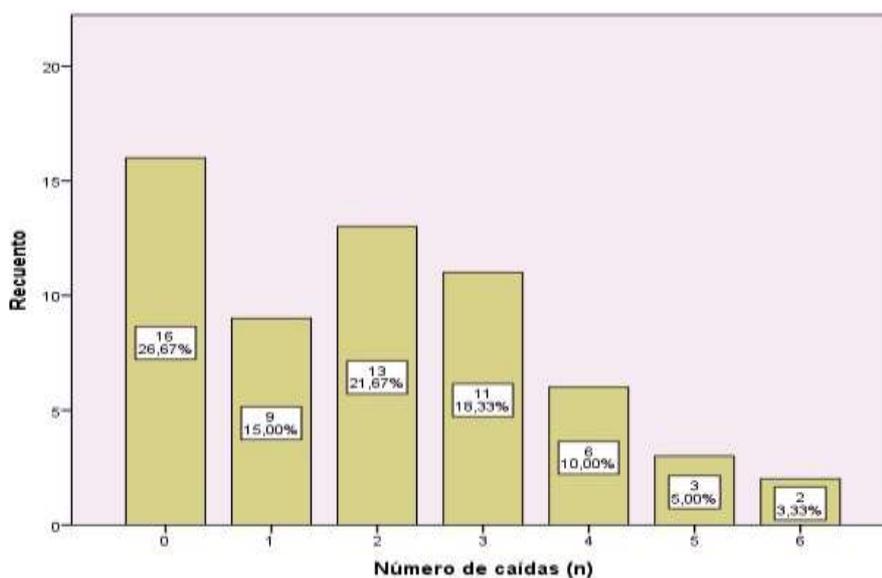
4.1.3 Frecuencia de Números de caídas previas que se presentan en los adultos mayores del club 1er sector del distrito de Carabayllo-junio 2018.

Tabla III

Número de caídas previas	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
0	16	26,67
1	9	15,00
2	13	21,67
3	11	18,33
4	6	10,00
5	3	5,00
6	2	3,33
Total	100	100,0

Fuente: Elaboración Propia

El siguiente resultado presenta la frecuencia de caídas previas observando que 16 adultos mayores no sufrieron caídas, entre 3 y 13 sufrieron de 2 a 5 caídas, mientras que en menor cantidad 2 adultos mayores sufrieron como máximo 6 caídas previamente en el último año



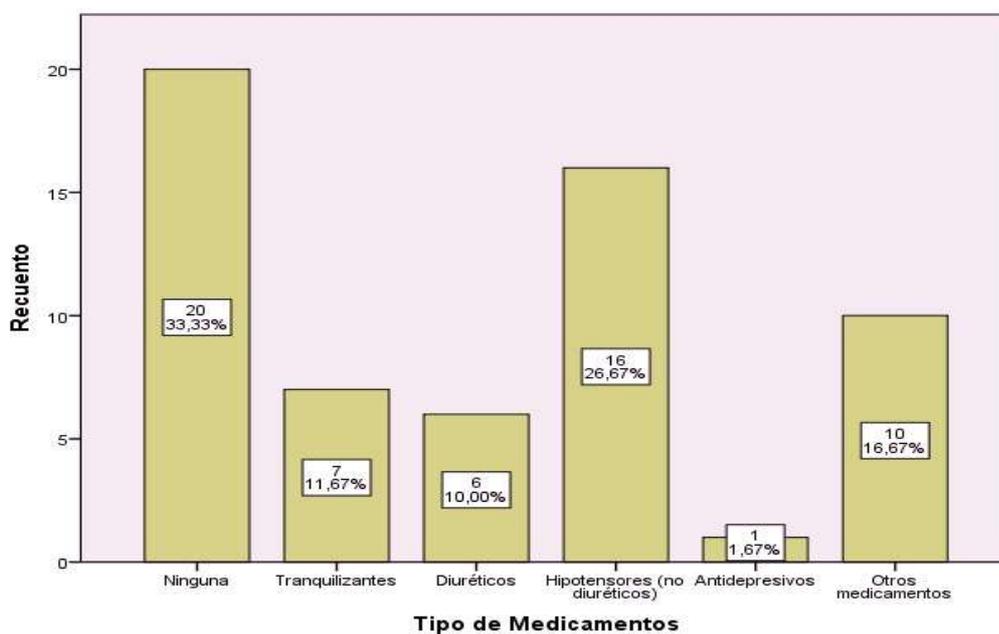
4.1.4 Tipo de medicamento que consumen los adultos mayores del club 1er sector del distrito de Carabayllo- junio 2018.

Tabla IV

Tipo de medicamentos	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Ninguna	20	33,33
Tranquilizantes	7	11,67
Diuréticos	6	10,00
Hipotensores	16	26,67
Antidepresivos	1	1,67
Otros medicamentos	10	10,67
Total	100	100,0

Fuente: Elaboración Propia

Se observa que la mayor frecuencia de casos esta representada por 20 adultos mayores que no consumen ningún tipo de medicamento; mientras que 16 adultos mayores consumen hipotensores, tranquilizantes, diuréticos y otros medicamentos , finalmente solo 1 consume antidepresivos



4.1

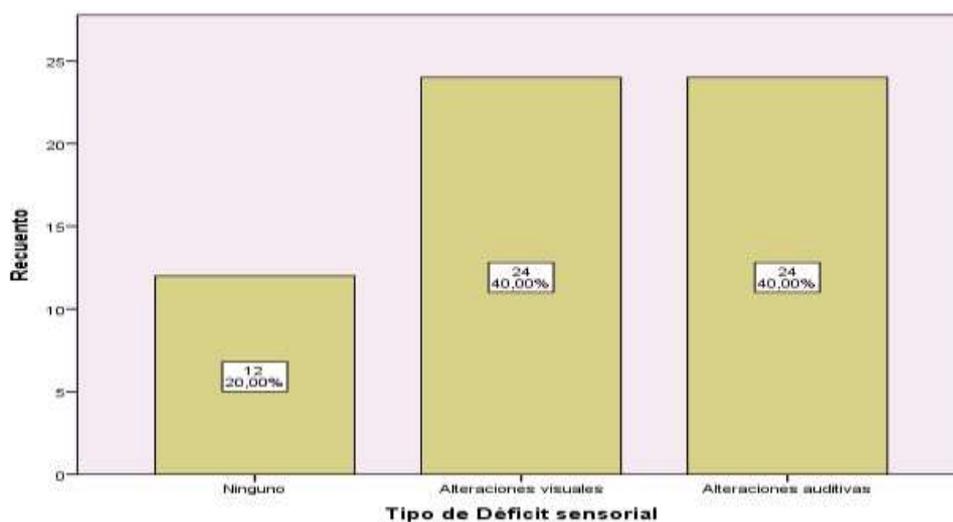
.5 Tipo de Déficit sensorial de los adultos mayores del club del 1er sector del distrito de Carabayllo - junio 2018

Tabla V

Tipo de Déficit sensorial		Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Ninguno	Adulto mayor de edad avanzada	11	91,7
	Adulto mayor ancianos	1	8,3
	Total	12	100,0
Alteraciones visuales	Adulto mayor de edad avanzada	19	79,2
	Adulto mayor ancianos	5	20,8
	Total	24	100,0
Alteraciones auditivas	Adulto mayor de edad avanzada	18	75,0
	Adulto mayor ancianos	6	25,0
	Total	24	100,0

Fuente: Elaboración Propia

En la presente tabla se observa la frecuencia de déficit sensorial según la escala de Downton donde 24 adultos mayores presentan alteraciones visuales y auditivas, mientras que en su minoría 12 adultos mayores no presentan ningún tipo de déficit sensorial.



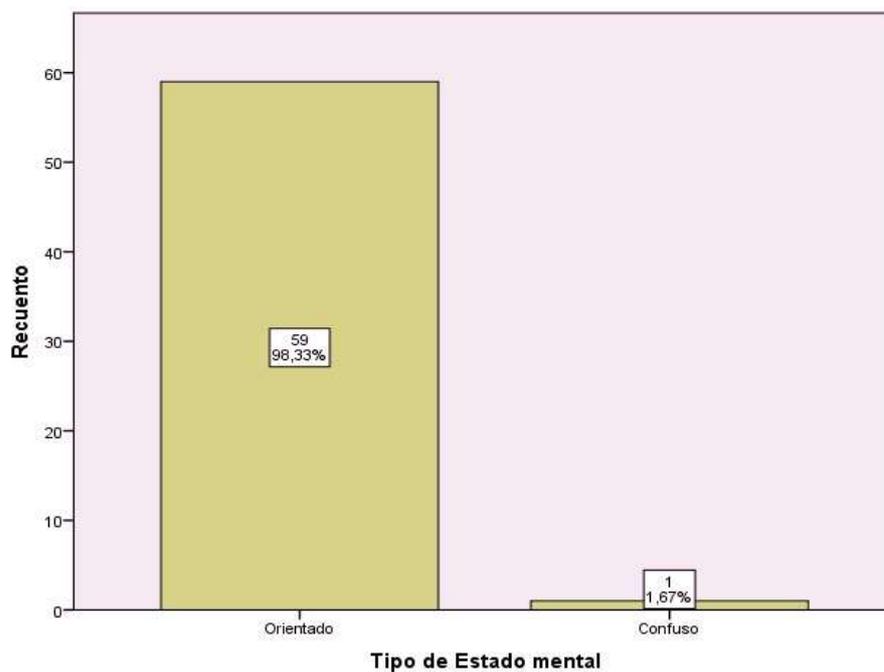
4.1.6. Tipo de estado mental de los adultos mayores del club del 1er sector del distrito de Carabayllo - junio 2018.

Tabla VI

Tipo de Estado mental		Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Orientado	Adulto mayor de edad avanzada	48	81,4
	Adulto mayor ancianos	11	18,6
	Total	59	100,0
Confuso	Adulto mayor ancianos	1	100,0
	Total	1	100,0

Fuente: Elaboración Propia

La tabla refiere que un total de 59 (98,33%) adultos mayores presentan un estado mental de tipo orientado y que 1 (1,67%) adulto mayor, presenta un estado mental de tipo confuso.



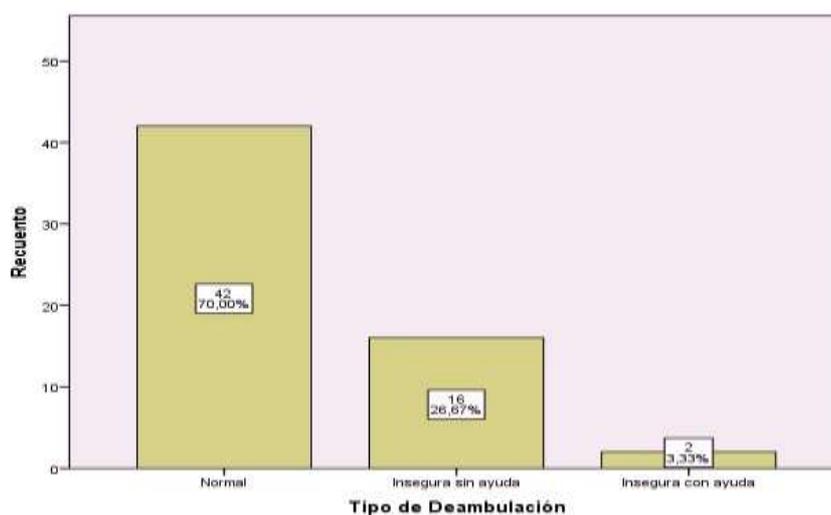
4.1.7 Tipo de deambulaci3n que presentan los adultos mayores del club del 1er sector del distrito de Carabayllo - junio 2018.

Tabla VII

Tipo de Deambulaci3n		Frecuencia	Porcentaje
		(N)	(%)
Normal	Adulto mayor de edad avanzada	36	85,7
	Adulto mayor ancianos	6	14,3
	Total	42	100,0
Insegura sin ayuda	Adulto mayor de edad avanzada	11	68,8
	Adulto mayor ancianos	5	31,3
	Total	16	100,0
Insegura con ayuda	Adulto mayor de edad avanzada	1	50,0
	Adulto mayor ancianos	1	50,0
	Total	2	100,0

Fuente: Elaboraci3n Propia

En la tabla se observa que 42 adultos mayores presentan un tipo de deambulaci3n normal, mientras que 16 adultos mayores presentan un tipo de deambulaci3n insegura sin ayuda y 2 muestran una deambulacion insegura con ayuda.



4.2 DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como propósito determinar el riesgo de caídas en los adultos mayores del Club 1er sector del distrito Carabayllo, donde se obtuvo un nivel de significancia bilateral de 0.190 , lo cual confirma que NO existe un alto riesgo de caídas en los adultos mayores del club 1er sector. Los resultados demostraron que un 58.3% tiene un alto riesgo y un 41.7% bajo riesgo de caídas lo que muestra que a pesar de no tener una significancia suficiente si existe un porcentaje con alto riesgo , de manera más significativa se observó en el estudio de Canales (2018) "Factores asociados al Riesgo de Caídas en los Adultos Mayores de Consultorio del Hospital Goyeneche, Arequipa donde se encontro que el 91,30% de adultos mayores tenía un alto riesgo de caída a diferencia del bajo que fue de 43,75%; asimismo en el estudio de Gretel (2016) "Riesgo de caídas en los pacientes geriátricos de la Policía San José, se obtuvo que el 70% de los adultos mayores tiene un alto riesgo de caída. Por otro lado se observó similitud de resultados en la tesis de Cotaquispe (2017) "Nivel de riesgo de caídas en el adulto mayor internado en el Hospital San Juan de Lurigancho", en este caso utilizaron una encuesta validada con el 80%, de confiabilidad dando como resultado final un nivel medio de riesgo de caídas con el 98.6% ellos establecieron el nivel medio de riesgo de caidas dentro de sus dimensiones, lo mismo se observó la determinación del nivel medio, en la investigación de Bernuy (2016) "Riesgo de caídas del adulto mayor del asentamiento humano las lomas de parcona Ica" donde utilizaron la escala modificada de Downton obteniendo como resultado nivel medio de riesgo de caída con 46,7%.

En la investigación de Astudillo (2013) "Prevalencia de Caídas en adultos mayores y factores asociados en la Parroquia Sidcay" en el nivel de riesgo de caídas según el género tuvo como resultado un 63% nivel alto de riesgo de caída en los varones, lo mismo ocurre en la investigación de Gómez Chicharro; Morcuende (2015) "Caídas en ancianos institucionalizados: valoración del riesgo, factores relacionados y descripción" donde su resultado es nivel alto de riesgo de caída en varones, ambas investigaciones contradicen nuestro resultado obtenido con un 82% riesgo alto de caída en el sexo femenino, esto aparentemente se da por la cantidad de varones que se incluyó en sus poblaciones. Enfatizando la investigación de Gomez y colaboradores, los

medicamentos que se consumió con mayor frecuencia; fue el protector gástrico con 75%, a diferencia de nuestros resultados que el porcentaje alto fue hipotensores con un 26,67% de consumo.

A su vez en la frecuencia del número de caídas previas que se presentaron en los adultos mayores ese último año, les dio como resultado alto 55% que sufrieron solo una caída su población, a diferencia del nuestro con 26,67% que no sufrieron caídas los adultos mayores este último año, y en su resultado de frecuencia más baja el 2,5% llegó a sufrir 10 caídas previas y en nuestro resultado 3,33% con 6 caídas previas, esto nos demuestra que en nuestra población hay un mínimo porcentaje de caídas.

En el estudio de Chirino, Miranda, Osorio (2015), "Factores de riesgo asociados a caídas en el anciano del policlínico Universitario Hermanos Cruz. En los resultados del grupo de las edades según establecidas obtuvieron un 44,5% (entre las edades 60 – 70 años) que no sufrieron caídas en ese año, siendo un resultado de porcentaje regular en su población, a comparación de nuestro resultado dando un 80% (entre las edades 60-74 años) siendo un resultado de riesgo alto, demostrando mucha diferencia en la cifras que tienen ambos grupos, por lo cual es necesario tener conocimiento del número de cifras que describen ambas investigaciones dándonos una realidad de cómo está nuestro grupo de adultos mayores.

En el estudio de Araujo; Flores (2014) "Evaluación del riesgo de caídas y factores asociados en ancianos / Evaluación de fallos y factores asociados para los ancianos", según su frecuencia más alta en el déficit sensorial es de 58% en la alteración visual. Dado que nuestro resultado fue de 40% en la alteración visual y 40% en la alteración auditiva ambos déficits comparten el porcentaje alto, según las teorías ambas alteraciones van juntas porque tienen relación con el espacio y tiempo, coordinación, estabilidad, equilibrio, etc. Por lo cual la diferencia de resultados se establece por el manejo de la población en la investigación. Así como en la investigación de Álvaro Astudillo (2013), en su caso no obtuvo ningún tipo de déficit sensorial con 48,8% siendo su frecuencia más alta.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Se concluye en el presente estudio que NO existe alto riesgo de caídas estadísticamente significativo en los adultos mayores del Club 1er sector de distrito de Carabayllo, Junio 2018.
- Existe una alta frecuencia de caídas previas en la población de estudio.
- Hay mayor frecuencia de déficit sensoriales de tipo visuales y auditivas en los adultos mayores del club 1er sector de Carabayllo.
- Existe una mayor frecuencia de deambulación normal en la población estudiada.
- Los adultos mayores del club del 1er sector presentan un estado mental de tipo orientado en su totalidad.
- Existe una alta frecuencia entre la población que no consume medicamento con respecto a la que consume hipotensores.
- Se concluye que los adultos mayores de género femenino tienen mayor frecuencia de riesgo de caídas a diferencia de los varones.
- Se concluye que el mayor grupo de edad es el de 60 a 74 años representados por adultos mayores de edad avanzada y en su minoría adultos mayores ancianos.

5.2 Recomendaciones

- Se recomienda continuar con estudios mas complejos que sigan aportando datos sobre esta población vulnerable.
- Se recomienda implementar un programa de riesgo de caída integral para el adulto mayor .
- Se recomienda documentar mediante el test de downton a los adultos mayores para control y evitar el aumento de riesgo de caídas.
- Se recomienda realizar diferentes tipos de actividades de memoria para mantener una buena salud mental.
- Se recomienda realizar charlas informativas sobre cada área de la escala utilizada para disminuir los factores de riesgo que pueden conllevar a una caída.
- Realizar campañas de difusión de información dentro del club 1er sector con la finalidad que los familiares y personas a cargo de los adultos mayores tengan conocimiento del riesgo que representa una caída, asi como las estrategias del cuidado.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

1. Who.int [Internet]. España: who.int; 2017 (actualizado Agosto 2017; citado 04 marzo 2018). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es>.
2. Aguiar CF, Assis M. Perfil de mulheres idosas segundo a ocorrência de quedas: estudo de demanda no Núcleo de Atenção ao idoso da UNATI/UERJ. Rev Bras Geriatria Gerontol. 2009;12 (3):391-404.
3. Zenewton AS, Antonia GC. Factores de riesgo de caídas en ancianos: revisión sistemática. Rev Saúde Pública [Internet]. 2008 [citado 27 Feb 2018]; 42(5):946- 56. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S16954033120038>.
4. Zabaleta, R. <https://es.slideshare.net/danelizmontenegro/definicion-de-adulto-mayor>. [en línea]. [setiembre del 2015].
5. Adriana AS, Antonia OS, Rosalina AP, María SP, Jordana AN, Luis RT. Evaluación del riesgo de caídas en adultos mayores que viven en el domicilio. Rev Latino- Am. Enfermagem [Internet]. 2017 [citado 05 Marzo 2018]; 25(5):9. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2754.pdf
6. Canales T; Anthony M. Factores Asociados al Riesgo de Caídas en Adultos Mayores de Consultorio Externo del Hospital Goyeneche. (Tesis de Grado) Arequipa: Universidad Católica de Santa María. 2018.
7. Cotaquispe I; Dawni A. Nivel de riesgo de caídas en el adulto mayor internado en el Hospital San Juan de Lurigancho (Tesis de Grado) Lima: Universidad César Vallejo. Escuela de Enfermería. 2017.
8. Bernuy C; Patricia J. Riesgo de caídas del adulto mayor del Asentamiento Humano las Lomas de Parcona. (Tesis de Grado) Ica: Universidad Privada San Juan Bautista. 2016.
9. Jhoana Gretel Q. Riesgo de caídas en los pacientes adultos mayores del Hospital Geriátrico de la Policía San José (Tesis de grado). Lima: Universidad Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina, 2016.

10. Laura, G. Sara, Ch. Belén, M. Caídas en ancianos institucionalizados: valoración del riesgo, factores relacionados y descripción. Revista de la sociedad española de enfermería geriátrica y gerontología. Fecha de publicación 23 de mayo de 2016. Consulta 20 de agosto del 2018. <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n1/1134-928X-geroko-280100002.pdf>.
11. Araújo L; Carolina R. Evaluación del riesgo de caídas y factores asociados en ancianos. Rev Baiana de Enfermería [Internet]. Ene.-abr 2014 [citado 2 agosto 2018]; 28(1):8. Disponible en: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=19&sid=5a5b226e-f9d5-4f58bf8b5d98d1815da7%40sessionmgr4010&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZSZzY29wZT1zaXRI#AN=108774184&db=fap>.
12. Lucia A; Christian A; Janeth S. Prevalencia de caídas en los Adultos Mayores Y Factores asociados en la Parroquia Sidacy. (Tesis de grado). Cuenca: Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas, 2013.
13. Damarys C; Guillermo M; et al. Factores de riesgo asociados en el anciano del Policlínico Universitario Hermanos Cruz. Rev Ciencias Médicas de Pinar del Río [Internet]. Ene.-feb 2016 [citado 26 Jun 2018]; 20(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15613194201600.
14. Toledo V, Montecinos M. Riesgo de caída en adultos mayores que practican Tango en el Centro de Adulto Mayor de la comuna de Santiago, Región Metropolitana (tesis de licenciatura). Chile Santiago. Universidad de Chile facultad de medicina. 2011.
15. Cjuro A, Mamani P. Capacidad de autocuidado y riesgo de caídas en adultos mayores. Micro red Ciudad Blanca. Paucarpata. Arequipa-2016 (tesis de licenciatura) Perú- Arequipa Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. Facultad de Enfermería. 2016.
16. Torres J. Riesgo de caídas en los pacientes adultos mayores del Hospital Geriátrico de la Policía San José, 2016 (tesis de licenciatura). Perú Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Medicina. 2017.
17. Azevedo A, Oliveira A, Partezani R, Silva M, Almeida J, Ranguel L. Evaluación del riesgo de caídas en adultos mayores que viven en el domicilio. RLAE. 2016. Páginas 9. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2754.pdf.

18. Escala de Downton. España. Complejo hospitalario universitario de badajoz. Marzo del 2018. <https://es.scribd.com/doc/104948123/Escala-de-Downton>.
19. J. Barrientos, A. Hernández, M. Hernández. Adaptación y validación de un instrumento de valoración de riesgo de caída en pacientes pediátricos hospitalizados. *Revista de enfermería universitaria*. 2013. (15 de junio del 2018). Elsevier. <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-adaptacion-validacion-un-instrumento-valoracion-S1665706313726393>.
20. A. Cerda. Manejo del trastorno de marcha del adulto mayor. *Revista médica Clínica los Condes*. 2013. (15 de junio del 2018). Elsevier <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-manejo-del-trastorno-marcha-del-S0716864014700379>

ANEXOS

ANEXOS

- Anexo I: Escala de Downton 53
- Anexo II: Cuestionario de Riesgo de Caídas 55
- Anexo III: Consentimiento informado 57
- Anexo IV: Matriz de Consistencia 60

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS DE J. H. DOWNTON

El presente estudio tiene como objetivo principal Describir y analizar la frecuencia del riesgo de caídas que presentan los socios del club adulto mayor 1er sector del distrito de Carabayllo en el presente año. Por ello se le realizara una evaluación mediante la escala de Caída Downton, donde será de modo privado los datos y servirá para fines de precaución y salud para usted mismo.

Por tal manera se solicita su cooperación sin ninguna obligación y de modo respetuoso se le realice la evaluación respectiva, agradeciéndole por su colaboración brindada.

La manera de medir los puntos para poder identificar la evaluación se dara de tal forma

CATEGORIZACIÓN:

- Riesgo bajo: 0-2 puntos
- Riesgo alto: 3 a más puntos.

CRITERIO DE PUNTUACIÓN	VARIABLES	
CAÍDAS PREVIAS	NO	0
	SI	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores(no diuréticos)	1
	Antiparinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
DEFICIT SENSORIAL	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (ictus)	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Seguro con ayuda	1
	Insegura con ayuda o sin ayuda	1
	Imposible	1

INSTRUMENTO

CUESTIONARIO DE RIESGO DE CAIDA J. H. DOWNTON

I. DATOS GENERALES:

1. **Edad** (años):

2. **Sexo:**

a) Femenino ()

b) Masculino ()

II. ESCALA J. H. DOWNTON:

1. CAÍDAS PREVIAS:

a) Si ()

b) No ()

N^a Caídas en el último año:

2. MEDICAMENTOS marcar con (X)

- Ninguno ()

- Tranquilizantes ()

- Sedantes ()

- Diuréticos ()

- Hipotensores ()

- Antiparkinsonianos ()

- Antidepresivos ()

- Otros medicamentos ()

3. DÉFICIT SENSORIAL, Marcar con (X) de presentar el déficit:

- Ninguno ()

- Alteraciones auditivas ()
- Alteraciones visuales ()
- Extremidades (parálisis, paresia) ()

4. ESTADO MENTAL:

Orientado ()

Confuso ()

5. DEAMBULACIÓN:

- Normal ()
- Segura con ayuda ()
- Insegura con/sin ayuda ()
- Imposible ()

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“RIESGO DE CAÍDAS EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CLUB 1ER SECTOR DEL DISTRITO DE CARABAYLLO - JUNIO 2018”.

Investigadores:

- NUÑEZ VILLARREAL CRISTHIAN
- SALES GOMEZ DENISSE

Propósito del proyecto:

El riesgo de caídas es dado en su mayoría en personas mayores de edad, por tal motivo la investigación realizada nos sirve para determinar la prevalencia que se implica a personas de esta edad, además de poder saber la clasificación de los pacientes según la Escala de Downton.

Participación:

Si usted, está de acuerdo en participar se le realizara una evaluación de riesgo de caída con la Escala de Downton.

Riesgos del estudio:

La evaluación no requiere ningún problema al realizar la evaluación, siempre con la autorización de usted brindada.

Costos o estipendios:

La evaluación no requerirá ningún costo para los participantes.

Beneficios de participación:

El estudio ayudara al participante a conocer los factores de riesgo lo cual permitirá tomar medidas de prevención para evitar el riesgo de caídas.

Confidencialidad del estudio:

La información obtenida del estudio es completamente privada, solo será utilizada para el uso de la investigación y solo tendrá acceso a la información el grupo de trabajo.

Tiempo estimado de la participación:

El proyecto se realizara con un tiempo estimado de 30 minutos de evaluación.

Donde y con quién conseguir información:

Si necesita saber alguna duda o información del tema comunicarse con:

- NUÑEZ VILLARREAL CRISTHIAN
Teléfono: 952 313 309

- SALES GOMEZ DENISSE
Teléfono: 989 616 108

Participación voluntaria

La participación es estrictamente voluntaria.

Derecho de retirarse del estudio

La persona tendrá la opción de poder retirarse del proyecto de investigación, sin ninguna sanción dada.

Declaración de consentimiento:

Yo.....
....., identificado con documento de identidad (DNI)
N°....., declaro en plena consciencia de mis facultades que he sido informado (a) con la claridad y veracidad debida respecto al estudio académico con los estudiantes Nuñez Villarreal Cristhian y Sales Gómez Denisse , me han invitado a participar en la encuesta , para obtener información que será evaluada en la investigación: **“Riesgo de Caídas de los socios del club adulto mayor 1er sector del distrito de Carabayllo mayo-junio 2018”**

Por tal motivo, actuó consecuente y libremente como colaborador(a) activo(a) y voluntario(a) del proceso académico; soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme al mencionado, cuando lo

estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna; se respetará la buena fe, confiabilidad e intimidad de la información por mi proporcionada, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.

DNI:.....

Firma:.....

Fecha:.....

Matriz de Consistencia

Título: RIESGO DE CAÍDAS EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CLUB 1ER SECTOR DEL DISTRITO DE CARABAYLLO JUNIO 2018.

Autor: Bach. Denisse Magaly Salés Gómez; Cristhian Núñez Villarreal.

Formulación del Problema	Objetivos	Antecedentes	Hipótesis	Variables e indicadores	Diseño	Valor final de variable
<p>Problema General:</p> <p>¿Determinar el nivel riesgo de caídas que presentan los adultos mayores del club 1er sector del distrito de Carabayllo - junio 2018?</p> <p>Problemas Específicos:</p> <p>¿Cuál es la frecuencia de las caídas previas que se presentan en los adultos mayores del club del 1er sector del distrito de carabayllo?</p> <p>¿Cuál es el tipo de medicamento que consumen mas los adultos mayores del club del 1er sector del distrito de carabayllo?</p> <p>¿Cuál es el del tipo déficit sensorial que presentan los adultos mayores del club del 1er sector del distrito de carabayllo?</p> <p>¿Cuál es el tipo de estado mental que presentan los adultos mayores del club del 1er sector del distrito de carabayllo?</p> <p>¿Cuál es el tipo de deambulación que presentan los los adultos mayores del club del 1er sector del distrito de carabayllo?</p>	<p>General:</p> <p>Determinar el nivel del riesgo de caídas de los adultos mayores del club 1er sector del distrito de Carabayllo - junio 2018.</p> <p>Específico:</p> <p>Identificar la frecuencia de las caídas previas que presentan los adultos mayores del club del 1er sector del distrito de Carabayllo - junio 2018.</p> <p>Conocer el tipo de medicamento de los adultos mayores del club del 1er sector del distrito de Carabayllo - junio 2018.</p> <p>Conocer el tipo déficit sensorial que presentan los adultos mayores del club del 1er sector del distrito de Carabayllo - junio 2018.</p> <p>Conocer el tipo estado mental que presentan los adultos mayores del club del 1er sector del distrito de Carabayllo - junio 2018</p> <p>Identificar el tipo de deambulación que presentan los adultos mayores del club del 1er sector del distrito de Carabayllo - junio 2018</p>	<p>NACIONALES:</p> <p>Canales T; Anthony M; Factores asociados al Riesgo de Caídas en los Adultos Mayores de Consultorio del Hospital Goyeneche, Arequipa- 2018.</p> <p>Cotaquispe I; Dawni A; Nivel de riesgo de caídas en el adulto mayor internado en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2017.</p> <p>Bernuy C, Patricia J; Riesgo de caídas del adulto mayor del asentamiento Humano las Lomas de Parcona Ica, Noviembre-2016.</p> <p>INTERNACIONALES:</p> <p>Gómez L; Chicharro S; Morcuende B; Caídas en ancianos institucionalizados: valoración del riesgo, factores relacionados y descripción, 2016.</p> <p>Araújo L; Carolina R; Evaluación del riesgo de caídas y factores asociados en ancianos</p> <p>Lucía A; Christian A; Prevalencia de caídas en adultos mayores y factores asociados en la Parroquia Sidcay - Cuenca, 2013.</p> <p>Damaris L; Guillermo H; Factores de riesgo asociados a caídas en el anciano del policlínico Universitario Hermanos Cruz, 2015.</p>	<p>H.i: Existe alto riesgo de caída en los adultos mayores del club 1er sector del distrito de Carabayllo.</p> <p>H.o: No existe riesgo de caída en los adultos mayores del club 1er sector del distrito de Carabayllo.</p>	<p>Variable Dependiente : Riesgo de caída</p> <p>Dimensiones: Escala Downton</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Caídas previas ▪ Medicamentos ▪ Déficit sensorial ▪ Estado mental ▪ Deambulación <p>Variable Independiente: Adulto Mayor</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adulto mayor de edad avanzada ▪ Adulto mayor ancianos ▪ Adulto mayor longevos ▪ Sexo 	<p>El presente estudio es observacional, descriptivo simple</p> <p>Población y muestra</p> <p>Población: La población de estudio estará conformada por 60 adultos mayores del club 1er sector del distrito de Carabayllo, junio 2018.</p> <p>Muestra: Se tuvo como muestra toda la población.</p>	<p style="text-align: center;">SI</p> <p style="text-align: center;">NO</p>

