



**Universidad
Norbert Wiener**

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

**“RIESGO DE CAÍDAS Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN
ANCIANOS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE
MEDICINA Y EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL
GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN – ESSALUD, 2019”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN
ENFERMERÍA**

PRESENTADO POR:

MERA BANDA, ROSENDO UDOMAR

ASESORA

Dra. PÉREZ SIGUAS, ROSA EVA

LIMA – PERÚ

2019

Dedicatoria

Dedico a toda mi familia en especial a mi pareja, mis hijos y a mis padres por estar siempre apoyándome de forma incondicional, motivándome en todo momento para lograr esta meta.

Agradecimiento

En primer lugar agradezco a Dios por su apoyo incondicional en todo este tiempo de mi Carrera profesional.

A mi asesora Dra. Rosa Pérez Siguas por el apoyo y la asesoría brindada.

Al hospital Guillermo Almenara, jefa del departamento de enfermería y las jefas de los servicios donde hice mi trabajo de investigación y para todas las licenciadas (os), y a los usuarios que colaboraron para poder ejecutar y desarrollar esta tesis.

A mi alma mater Universidad Norbert Wiener, y a todos mis docentes que me brindaron sus conocimientos durante toda esta Carrera universitaria.

Asesora

Dra. Pérez Siguas, Rosa Eva

Jurados

Presidente: Dra. Susan Haydee Gonzales Saldaña

Secretario: Dra. María Hilda Cárdenas De Fernández

Vocal: Mg. Jaime Alberto Morí Castro

Índice general

Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Jurados	vi
Índice general.....	vii
Índice de Tablas.....	viii
Índice de Figuras.....	ix
Índice de Anexos.....	x
Resumen.....	xii
Abstract	xii
I. INTRODUCCIÓN	13
II. MATERIALES Y METODOS	19
2.1 Enfoque y diseño de investigación.....	19
2.2 Población, muestra y muestreo.....	19
2.3 Variables de estudio.....	20
2.4 Técnica e instrumento de medición.....	20
2.5 Procedimiento para recolección de datos	21
2.5.1 Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos	21
2.5.2 Aplicación de instrumento(s) de recolección de datos	22
III.RESULTADOS	24
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
ANEXOS	46

Índice de Tablas

Tabla 1. Riesgo de caídas y la capacidad funcional segun edad y sexo en ancianos hospitalizados en el servicio de Medicina y Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – Essalud, 2019.	24
Tabla 2. Toma de medicamentos en ancianos hospitalizados en el servicio de Medicina y emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Yrigoyen – ESSALUD, 2019.	25
Tabla 3. Relación entre riesgo de caídas y capacidad funcional de los ancianos hospitalizados en el servicio de Medicina y emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Yrigoyen – ESSALUD, 2019.	31

Índice de Figuras

- Figura 1.** Riesgo de caídas en ancianos hospitalizados en el servicio de Medicina y emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Yrigoyen – ESSALUD, 2019.24
- Figura 2.** Caídas Previas en ancianos hospitalizados en el servicio de Medicina y emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Yrigoyen – ESSALUD, 2019. 25
- Figura 3.** Déficit sensorial en ancianos hospitalizados en el servicio de Medicina y emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Yrigoyen – ESSALUD, 2019.....26
- Figura 4.** Estado mental en ancianos hospitalizados en el servicio de Medicina y emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Yrigoyen – ESSALUD, 2019.....27
- Figura 5.** Deambulación en ancianos hospitalizados en el servicio de Medicina y emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Yrigoyen – ESSALUD, 2019.27
- Figura 6.** Capacidad Funcional según dependencia en ancianos hospitalizados en el servicio de Medicina y emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Yrigoyen – ESSALUD, 2019.28
- Figura 7.** Capacidad Funcional según actividad aseo personal, bañarse o ducharse en ancianos hospitalizados en el servicio de Medicina y emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Yrigoyen – ESSALUD, 2019.28
- Figura 8.** Capacidad Funcional según actividad comer, uso de retrete, subir y bajar escaleras, vestirse y desvestirse, control de heces, control de orina en ancianos hospitalizados en el servicio de Medicina y emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Yrigoyen – ESSALUD, 2019.29
- Figura 9.** Capacidad Funcional según actividad trasladarse entre la silla y la cama, desplazarse en ancianos hospitalizados en el servicio de Medicina y

emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Yrigoyen – ESSALUD, 2019.	30
---	----

Índice de Anexos

Anexo A. Operacionalización de la variable o variables	45
Anexo B. Instrumentos de recolección de datos	48
Anexo C. Consentimiento informado	51
Anexo D. Resolución o dictamen del comité de ética.....	52
Anexo E. Validez y confiabilidad de instrumentos de recolección de datos	54
Anexo F. Evidencia del trabajo de campo (Fotos)	55

Resumen

Objetivo: Determinar la relación entre el riesgo de caídas y la capacidad funcional en ancianos hospitalizados en el servicio de Medicina y Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – Essalud, 2019. **Método:** La investigación es cuantitativa, de diseño metodológico descriptivo, no experimental y transversal. En el estudio se trabajó con la participación de 156 adultos mayores de 60 años a más del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, respectivamente. La técnica utilizada en el trabajo de investigación fue las técnicas de entrevista y la observación sobre el riesgo de caídas y la capacidad funcional. La recolección de datos se llevara a cabo con la ayuda de la escala J.H DOWNTON para evaluar el riesgo de caídas y el índice de BARTHEL para evaluar la capacidad funcional. **Resultados:** En cuanto al sexo del anciano en estudio, el 35,3% pertenecen al sexo femenino y el 64,7% corresponde al sexo masculino. En cuanto al riesgo de caídas el 98.1% presento alto riesgo de caídas y el 1.9% bajo riesgo de caídas. En cuanto a la capacidad funcional el 56.4% presento dependencia severa, el 28.8% dependencia moderada, el 10.9% dependencia total y el 3.8% de dependencia escasa. **Conclusiones:** En cuanto la relación entre el riesgo de caídas y la capacidad funcional predominó la dependencia severa y dependencia moderada y el alto riesgo de caída, predominando el sexo masculino.

Palabras clave: Ancianos, caídas en Ancianos, riesgo de caídas, Capacidad Funcional.

Abstract

Objective: To determine the relationship between the risk of falls and functional capacity in elderly hospitalized in the Medicine and Emergency service of the Guillermo Almenara Irigoyen National Hospital - Essalud, 2019. **Method:** The research is quantitative, descriptive, non-experimental and methodological design cross. The study worked with the participation of 156 adults over 60 years of age and older at the Guillermo Almenara Irigoyen National Hospital, which met the inclusion and exclusion criteria, respectively. The technique used in the research work was interview techniques and observation about the risk of falls and functional capacity. Data collection will be carried out with the help of the JH DOWNTON scale to assess the risk of falls and the BARTHEL index to assess functional capacity. **Results:** Regarding the sex of the elderly under study, 35.3% belong to the female sex and 64.7% correspond to the male sex. Regarding the risk of falls, 98.1% had a high risk of falls and 1.9% had a risk of falls. In terms of functional capacity, 56.4% presented severe dependence, 28.8% moderate dependence, 10.9% total dependence and 3.8% low dependence. **Conclusions:** As for the relationship between the risk of falls and functional capacity, severe dependence and moderate dependence prevailed and the high risk of falling, with the male sex prevailing.

Keywords: Elders, falls in Elders, risk of falls, Functional Capacity.

I. INTRODUCCIÓN

La ancianidad es un proceso de evolución multidimensional de la etapa de vida desde la fecundación hasta la defunción. Por primera vez en la historia el mundo está experimentando una transformación de expectativa de vida equivalente o proporcional a los 60 años (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) pronostico que entre 2015 y 2050 las personas adultas de 60 años serán dos veces mayor que en la actualidad, superando del 12% hasta 22%. Se tiene de conocimiento que para el 2020 el porcentaje de los adultos serán superiores a diferencia de niños de 5 años (2). Según el informe de la OMS, se pronostica que los ancianos de 60 años a más pasaran de 900 millones que fueron en el año 2015 hasta 1400 millones para el 2030, y a 2100 millones para el 2050. los cuales representan un 34% de los países europeos, el 25% de América Latina y Asia, y en África representa la población más joven (3).

Actualmente el crecimiento poblacional a nivel mundial es de 1.7% por año, mientras en la población adulta se incrementa en un 2.5%. ante ello los adultos se han convertido en eminente tema de atención y de suma importancia la evaluación geriátrica integral y la capacidad funcional del mismo (4).

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en los años 50 la población de niños/as era 42 de cada 100 personas, en el 2018 solo 27 de cada 100 personas eras niños/as. Por el cual la población adulta, aumento de 5,7% en los años 50 hasta 10,4% en el 2018 y en el mismo año el 41,6% de los hogares a nivel nacional tenía al menos un adulto mayor de 60 años a más (5).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Perú, en los últimos años, la población mayor de 64 años pasó de 1. 2 millones a 2 millones que equivale del 4.8% al 6.6% de la población total (6).

En el envejecimiento se presentan diferentes patologías degenerativas, déficit funcional y un alto índice de exposición de caídas, que constituyen una verdadera incertidumbre en las personas adultas, mas aun cuando existen causas multifactoriales que requieren ayuda de todo el personal de la salud (7).

Según la OMS, anualmente se originan más 37 millones de caídas, en su mayoría personas de 60 años a más. De los cuales 646.000 caídas son mortales, convirtiéndolo en la 2^{da} causa de fallecimiento a nivel mundial por traumatismos no premeditados (8).

Las caídas son los eventos adversos más frecuentes en pacientes hospitalizados, prolongando la estancia hospitalaria y aumento de mortalidad (9). Según la Joint Commission clasifico en el sexo lugar a las caídas como evento centinella. y el Institute for Health Care (IHI), informa que del 3 al 20% de los adultos mayores han sufrido caídas durante su estancia hospitalaria (10). Las caídas intrahospitalarias de los pacientes son las principales inquietudes en los centros asistenciales de salud, por su aumentada vulnerabilidad dejando importantes secuelas y el incremento del tiempo de hospitalización y la morbimortalidad (11).

Las caídas producen un importante gasto sanitario, deterioro o déficit de la movilidad y autonomía, algunas de estas causadas por ingerir medicamentos tranquilizantes, antidepresivos entre otros (12). Aproximadamente un tercio de los adultos de 65 años se caen anualmente por diferentes situaciones de riesgo tanto intrínsecos como extrínsecos, entre ellos tenemos la edad, consumo de diversos medicamentos, caídas previas, debilidad muscular, déficit en las Actividades Básicas de Vida Diaria (ABVD), mala iluminación, pisos desiguales, camas altas, entre otros, Estas situaciones de riesgo producen diferentes repercusiones en los aspectos físicos, psicológicos, sociales y económicos. (13).

Las caídas limitan su capacidad funcional y el desplazamiento de los adultos mayores produciendo sobrecarga física y psicológica por el miedo a caer, que conlleva a la limitación o impedimento en sus actividades diarias (14). Hoy en día tanto en el hogar como en área hospitalaria estas actividades se ven afectadas por múltiples situaciones, entre los principales se encuentran el deterioro

funcional, deterioro cognitivo, edad, sexo y el tipo de patología que presenta entre otros. por el cual se debe fomentar la prevención de caídas y mantener la capacidad funcional del adulto mayor manteniendo un envejecimiento saludable, tanto en sus capacidades físicas, mentales y sociales del adulto mayor, por el cual el trabajador de salud y la familia ejecutan la función crucial en la prevención de caídas y la capacidad funcional del adulto mayor (15).

Para estimar el riesgo de caídas en los servicios de salud en especial aquellos pacientes que están hospitalizados hacen uso de la escala Downton, dicha escala estima los precedentes de caídas, el uso de medicación, deambulación, déficits sensoriales y el estado mental. Esta escala consta de varios ítems de puntuaciones donde 0 = ausente; 1 = presente, El puntaje igual o superior a 3 establece alto riesgo de caídas (11).

Entre el 35% y 70% de los adultos hospitalizados sufren un descenso de su independencia para las Actividades Básicas de Vida Diaria (ABVD). Esta disminución funcional genera un aumento al riesgo de caídas, lo que puede ocasionar daño físico, psicológico, social, económico e inclusive la muerte (16). Para muchas personas mayores la autonomía en las ABVD están relacionados al estilo de vida en el ámbito familiar y social (17). para evaluar estas capacidades funcionales se usa Índice de Barthel (IB) o “Índice de Discapacidad de Maryland”, desarrolladas por Florence Mahoney y Dorotea Barthel en 1965, donde se designan puntuaciones de acuerdo a la capacidad funcional de la persona de realizar 10 ABVD entre ellas se encuentra la capacidad de deambular, arreglarse, bañarse, alimentarse, control de esfínteres entre otras. La interpretación del IB sugerida por Shah S. es: 0 a 20 nos indica dependencia total; 21 a 60 nos indica dependencia severa; 61 a 90 nos indica dependencia moderada; 91 a 99 nos indica dependencia escasa y finalmente el puntaje de 100 nos indica independencia total (18) (19).

En el HNGAI, se enfrenta a una dura realidad en los diferentes servicios de salud, debido al déficit en las evaluaciones físicas respecto al riesgo de caídas y capacidades funcionales de los ancianos, los cuales conllevan a presentar múltiples eventos adversos como son las caídas, que producen lesiones físicas, deterioro mental y al aumento de la estancia hospitalaria del usuario. Según el

reporte del departamento de enfermería en el año 2018 las caídas se han incrementado en un 7% respecto al año 2017, a pesar de la sensibilización de todo el equipo de enfermería en forma permanente en la prevención del mismo se hace indispensable evaluar la capacidad funcional y el riesgo de caídas para mejorar la satisfacción física y mental del adulto mayor, en especial en los pabellones de mayores incidencias que se presentan. Por el cual el presente estudio permitiera mejorar las distintas estrategias en la evaluación del riesgo de caídas y la capacidad funcional del anciano (20).

El riesgo de caídas según la NANDA-International, es la elevación de la sensibilidad para caer y que están ligados a diferentes factores físicos, cognitivos y fisiológicos (21). Para la Sociedad Americana de Geriátrica una caída es cuando el cuerpo desciende por debajo de su posición inicial sin pérdida de conciencia (22).

Perou Y, Faez M, San Miguel J, Diaz M, la capacidad funcional es el desempeño de ejecutar sus actividades diarias en forma independientes en especial de 6 funciones como movilidad vestirse, alimentación Bañarse, usar el retrete, continencia (23). Para Quino A y Chacón M, la capacidad funcional es cuando la persona es autónoma de realizar sus decisiones y responsabilidades en sus ocupaciones diarias sin inspección o dependencia, es decir la aptitud de efectuar ocupaciones y ejercer roles comunitarios de su vida cotidiana (24).

Rojas Y, (2019) determinó que el 66% presentó alto riesgo de caídas y 34% presentó bajo riesgo de caídas. El principal factor de riesgo fue el déficit sensorial con el 86%, sobre todo el déficit visual y eso es el factor influyente para tener caídas. Seguido de la toma de medicamentos 46%. Concluyendo que el ejercicio físico no disminuye el riesgo de caídas en los pacientes pero que existen otros componentes que ayudan en la prevención del riesgo de caídas (25). Quiñonez J, (2017) determinó que el 70% tienen un alto riesgo de caída, y 30% riesgo bajo. Concluyendo que el primordial factor de riesgo en caídas es el uso de medicamentos con más del 85% y déficit sensorial cerca del 80% (26).

Dávila L y Palacios G, (2015) determinaron que el 50% tuvieron alto riesgo de caídas, en relación a la capacidad funcional, el 72.5% tuvo dependencia

moderada. Llegaron a la conclusión que la capacidad funcional y el riesgo de caídas en los adultos mayores están vinculados (27). Meza G, (2016) determinó que el 53% del total de pacientes presentó dependencia leve, frente al 43% que presentó independencia. Concluyendo que la mayor parte de la población en estudio presenta dependencia leve, principalmente en el sexo femenino (28).

Encalada L, Astudillo C, Alvarado L, Sánchez J, (2017) determinaron que más del 32% tuvo riesgo alto en las caídas y cerca del 70% presentó riesgo bajo. Cuya población requiere la necesidad de mantener ambientes seguros en el área intra y extra hospitalaria y que se adapten a las necesidades del paciente (29). Según Gomes L, Aragón S, Calvo B, (2017) determinaron que más del 82% tuvo un riesgo alto de caídas y 17,6% no presentaba riesgo en pacientes adultos mayores hospitalizados. Con una relación estadísticamente significativa entre estado cognitivo y las caídas. Por lo que concluyen que es de suma importancia realizar una valoración geriátrica integral al ingreso de cada paciente al área hospitalaria (30). Alvarado L, Astudillo C, Sánchez J, (2014) determinaron que el 32,1% presentaron riesgo alto de caídas y un 67,9% presentaron riesgo bajo de caídas. Concluyendo que si existe coherencia entre el riesgo de caídas y los componentes de riesgo del mismo y requiere una mejor valoración de la capacidad funcional del anciano (31).

Córdoles M, y col, (2016) determinaron que el 41,4% eran pacientes independientes, 14,4% presentó deterioro leve, 16,3% deterioro moderado y el 27,9% deterioro grave. Concluyendo que el deterioro funcional intrahospitalario se presenta con una prevalencia de 35–70% en los pacientes de 65 años a más (16). Muñoz C, Rojas P, Marzuca G, (2015) determinaron que el 45% del total de pacientes presentó total dependencia severa. Concluyeron que gran parte de los pacientes con moderada y severa dependencia tienen desórdenes cognitivos y motoras (32). Bejines M y col, (2015) determinaron que cerca del 28% presentó total independencia, cerca del 29% leve dependencia, más del 14% moderada independencia y 18 % severa independencia y más del 10% total dependencia. Concluyendo que más de 72% de la población tienen algún grado de dependencia, por el cual se requiere una mayor valoración y cuidado de enfermería. (15). Cruz M, Arteaga M, Segovia M, Pérez M, (2015) determinaron

que los adultos de mayor edad presentan mayor dependencia severa en especial en el sexo femenino concluyendo que existe un déficit de sus necesidades básicas y se requiere incrementar el cuidado y la mejor valoración mientras se encuentren hospitalizados los adultos mayores y brindar información a los cuidadores o familiares (33).

La importancia del estudio, radica en que nos permitirá conocer y corroborar la problemática de los ancianos relacionado al riesgo de caídas y su capacidad funcional, de esta manera reconocer los diferentes factores de peligro que pueden ser identificados en la valoración geriátrica integral (VGI) y de esta manera implementar acciones de prevención y cuidados integrales que ayuden a la población adulta en general a fortalecer y mejorar los aspectos de vida y así cooperar en la inclusión del anciano a la sociedad.

Los resultados obtenidos en este estudio pueden aportar conocimientos valiosos para futuras investigaciones relacionadas al riesgo de caídas y la capacidad funcional en los ancianos de 60 años a más, especialmente en el ámbito de enfermería, debido a la problemática de riesgo de caídas que según un informe el 70% se presentan en el pabellón B, en especial en el área de Medicina y Emergencia debido a diversos factores desencadenantes. Por otro lado, la perspectiva de vida en nuestro país en los últimos años va en aumento lo que quiere decir que a su vez va aumentar la población adulta mayor y con ello aparecen diferentes situaciones de necesidad que pueden afectar su estado mental, físico y social del adulto mayor; es de suma importancia valorar la capacidad funcional y el riesgo de caídas en esta población vulnerable. El Objetivo del estudio es determinar la relación entre el riesgo de caídas y la capacidad funcional en ancianos hospitalizados en el servicio de Medicina y Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – Essalud, 2019.

II. MATERIALES Y METODOS

2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación se realizó utilizando el enfoque cuantitativo, el diseño metodológico planteado fue descriptivo correlacional no experimental y transversal (34).

2.2 POBLACION, MUESTRA Y MUESTREO

La población estuvo constituida por 263 personas adultas (43 personas adultas en el área 1BO, 41 personas adultas en el área 3BO y 179 personas adultas en el área de Emergencia), los adultos mayores integrantes fueron elegidos acorde a la perspectiva de inclusión y exclusión propuestos en la investigación.

Se obtuvo una muestra de 156 personas adultas en los tres servicios de investigación, una perspectiva de inclusión es que participaron pacientes a partir de los 60 años, que estén consientes al momento de la entrevista y deseen participar voluntariamente.

Muestreo:

$$n = \frac{Z^2 * p * (1 - p) * N}{E^2 (N - 1) + Z^2 * p * (1 - p)}$$

n: tamaño de la muestra.

N: tamaño de la población = 263

p: probabilidad de éxito = 0.50

q: probabilidad de fracas= 0.50

Z: corresponde al 95% del nivel de confianza = 1.96

e: margen de error permitido del 5% = 0.05

$$\frac{1.96^2 * 0.50 * (1 - 0.50) * 263}{0.05^2 * (263 - 1) + 1.96^2 * 0.50 * (1 - 0.50)} = \frac{252.5853}{1.6154} = 156$$

2.3 VARIABLE(S) DE ESTUDIO

La actual investigación tiene dos variables la primera es el Riesgo de Caídas que es una variable de naturaleza cuantitativa ordinal y la segunda variable es la capacidad funcional que es una variable cualitativa ordinal.

Definición conceptual de variable principal riesgo de caídas: se descifra riesgo de caídas al incremento de la sensibilidad para caer y que están ligados a diferentes factores físicos, cognitivos y fisiológicos (21).

Definición operacional de variable principal riesgo de caídas: se descifra como la posibilidad de que una caída ocurra siendo responsables los factores intrínsecos (vinculados con el mismo anciano) y extrínsecos (provenientes del entorno del anciano) detectados en los ancianos hospitalizados del servicio de Medicina y Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, obtenidos mediante la aplicación de la escala J.H.DOWNTON.

Definición conceptual de variable principal capacidad funcional: la capacidad funcional es la disposición para ejecutar de forma eficiente los actos básicos e instrumentales de vida diaria (24).

Definición operacional de variable principal capacidad funcional: se descifra capacidad funcional al Grado de independencia funcional para desempeñar 10 actividades básicas de vida diaria (ABVD) en los ancianos hospitalizados del servicio de Medicina y Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, obtenidos mediante la utilización del ÍNDICE BARTHEL.

2.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

La técnica que se dio uso en el trabajo de investigación fue las técnicas de entrevista y la observación (35) (36).

Instrumentos de recolección de datos:

Los instrumentos utilizados fueron la escala de Downton, para identificar el riesgo de caídas, donde valora 5 ítems entre ellos: las caídas previas, uso de

Medicamentos, Déficit sensoriales, Estado mental y la Deambulaci3n. Cuyas puntuaciones son: Alto riesgo: 3 a m3s puntos y Bajo riesgo: 0 – 2 puntos (11). Para medir Capacidad Funcional, se emple3 el 3NDICE BARTHEL, dicho 3ndice consta de 10 3tems entre ellos comer, aseo personal, desplazarse, vestirse, etc; cuyas puntuaciones son: 0, 5,10 y 15 puntos dependiendo de la actividad evaluada. su evaluaci3n final es de 0 – 20: total dependencia ; 21 – 60: severa dependencia; 61 – 90: moderada dependencia; 91 -99: dependencia; 100: independencia (18).

Validez y confiabilidad de instrumentos de recolecci3n de datos:

La validez de la prueba diagn3stica para el cuestionario de Riesgo de ca3das en los usuarios hospitalizados, realizadas por Bueno y colaboradores (2017), calcularon la sensibilidad (57%) y la especificidad (62%) (11).

La medida de adecuaci3n muestral para el Cuestionario de Capacidad Funcional en Ancianos, arroj3 un coeficiente mayor a 0,5 (KMO = 0,883). As3 mismo, el coeficiente obtenido por la prueba de esfericidad de Bartlett es de 0,000 ($p < 0,05$). Ambas pruebas confirman la hip3tesis de validez del instrumento. El 3ndice Alfa de Crombach del instrumento es de 0,883 ($\alpha > 0,6$), lo que confirma la consistencia interna del instrumento y su fiabilidad.

2.5 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCION DE DATOS

2.5.1 Autorizaci3n y coordinaciones previas para la recolecci3n de datos

El inicio de la recopilaci3n de datos, se realiz3 en varias diligencias con las diversas autoridades del 3rea del comit3 de 3tica e investigaci3n del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Donde me dieron una serie de requisitos para poder presentar el proyecto de investigaci3n. Posteriormente realice el tr3mite en la universidad para que me proporcionen una carta de presentaci3n para las autoridades correspondientes de la instituci3n de salud, al obtener la carta de aceptaci3n de parte del comit3 de 3tica del hospital y el visto bueno por parte del departamento de enfermer3a y las jefas de enfermer3a del servicio de Medicina y Emergencia, todas ellas me brindaron las facilidades y el apoyo incondicional para dar inicio a las diversas actividades respecto a las entrevistas a los ancianos de 60 a3os a m3s. Posteriormente empec3 a realizar mis

entrevistas a los ancianos donde obtuve una buena acogida y colaboración de los mismos.

2.5.2 Aplicación de instrumento(s) de recolección de datos

La recopilación de datos fue ejecutada en el mes de julio 2019, donde pude ir a realizar mis entrevistas en diferentes horarios de mañana y tardes y diferentes días de semana, dependiendo de las facilidades que me podían brindar las jefas de enfermería de cada servicio. Las entrevistas me tomaron aproximadamente 20 minutos. Al culminar mis entrevistas, se procedió a revisar cada una de ellas, verificando las diferentes puntuaciones que valore en dicha entrevista y finalmente colocar la codificación respectiva.

2.6 METODOS DE ANALISIS ESTADÍSTICO

En el presente estudio participaron todos los ancianos a partir de los 60 años a más, que estaban consientes al momento de la entrevista y desearon participar voluntariamente.

Los diferentes datos fueron ingresados al programa SPSS 24.0, por el cual se tuvo que realizar de forma minuciosa para así evitar errores al momento del estudio de datos.

Para el estudio estadístico de cada variable principal involucrada en el estudio se realizó el análisis estadístico descriptivo correspondiente con el propósito de obtener alcanzar los objetivos planteados. Para las variables, capacidad funcional y riesgo de caídas, por su naturaleza cualitativa y cuantitativa ordinal, se procederá a realizar tablas de frecuencia y porcentajes.

2.7 Aspectos éticos

La confidencialidad de los usuarios de la investigación se mantuvo en todo momento y los diferentes principios bioéticos: beneficencia, autonomía, no maleficencia y justicia (37) (38). En seguida se describe como se aplicaron estos principios bioéticos.

Principio de autonomía

El principio de autonomía hace referencia a la decisión de aquellas personas en uso de su voluntad moral, legal y sus facultades mentales en tomar sus propias elecciones. en el presente consentimiento informado esta autonomía se aplicó a todos los pacientes de 60 años a más, es por ello que antes de firmar el consentimiento informado se les explico el motivo de la entrevista y la valiosa participación en el estudio de investigación respetando sus decisiones (39).

Principio de beneficencia

Este mandato se refiere a las acciones o conductas de las personas de actuar en beneficio de otras personas, en este estudio se les explico a todos los participantes el beneficio que ellos obtendrán al participar de dicha entrevista, los cuales nos ayudaran a obtener datos importantes para mejorar dichas estrategias respecto a las caídas y su capacidad funcional en este grupo vulnerable (40).

Principio de no maleficencia

Este mandato relaciona al deber de no causar perjuicio en las personas, por el cual se les explico a los pacientes y familiares que el estudio no les ocasionara daño alguno a su integridad personal, ya que es completamente reservado (41).

Principio de justicia

Este mandato se refiere al trato imparcial e equitativo hacia las personas y la sociedad, lo que contribuye a mejorar el trato social. En esta investigación todos los usuarios que participaron fueron tratados con respeto e imparcialidad equitativa, sin distinción de raza y credo tratándoles a todos con igualdad de género (42).

Así mismo se aplicó el consentimiento informado previa información clara y concisa a todos los usuarios participantes (43).

III.RESULTADOS

Tabla 1. Datos generales de los ancianos hospitalizados en el servicio de Medicina y Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – Essalud, 2019.

Edad	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
	60	93	75,03	9,442

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	55	35,3
Masculino	101	64,7
Total	156	100,0

En la presente tabla 1 se puede evidenciar los datos generales de los ancianos, los cuales fueron en total 156 ancianos, la mínima edad fue de 60 años, la edad media de 75.03 y la edad máxima de 93 años. En cuanto al sexo del anciano en estudio, 55 que representan el 35,3% pertenecen al sexo femenino y 101 que representan el 64,7% corresponde al sexo masculino.

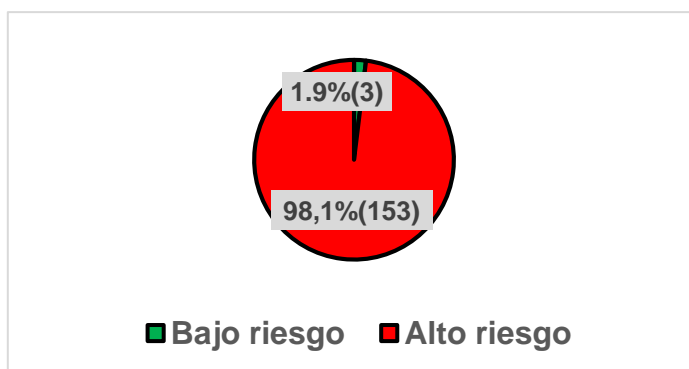


Figura 1. Riesgo de caídas en ancianos hospitalizados en el servicio de Medicina y Emergencia del HNGAI – ESSALUD, 2019.

En la figura 1 se observa que la puntuación máxima del riesgo de caídas fue de 153 ancianos que representan el 98.1% de alto riesgo de caídas y 3 ancianos que representan el 1.9% de bajo riesgo de caídas.

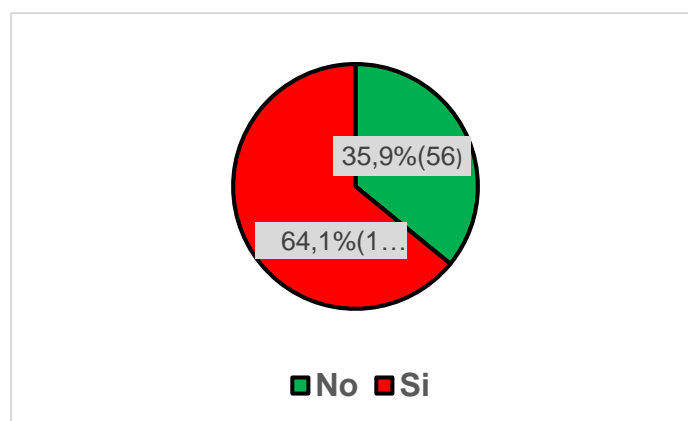


Figura 2. Riesgo de caídas en su dimensión Caídas Previas en ancianos hospitalizados en el servicio de Medicina y Emergencia del HNGAI – ESSALUD, 2019.

En la figura 2 se observa que las caídas previas se presentaron en 100 ancianos que representan el 64,1% y que 56 ancianos que representan el 35.9% no presentaron caídas previas.

Tabla 2. Riesgo de caídas en su dimensión Toma de medicamentos en ancianos hospitalizados en el servicio de Medicina y Emergencia del HNGAI – ESSALUD, 2019.

Toma medicamentos	Total	
	N	%
Total	156	100
Medicamentos: Tranquilizantes/Sedantes		
No toma ningún medicamento	147	94,2
Toma medicamento	9	5,8
Medicamentos: Diuréticos		
No toma ningún medicamento	125	80,1
Toma medicamento	31	19,9
Medicamentos: Hipotensores (no diuréticos)		
No toma ningún medicamento	98	62,8
Toma medicamento	58	37,2
Medicamentos: Anti parkinsonianos		
No toma ningún medicamento	155	99,4
Toma medicamento	1	0,6
Medicamentos: Antidepresivos		
No toma ningún medicamento	154	98,7
Toma medicamento	2	1,3

Medicamentos: Otros medicamentos

No toma ningún medicamento	7	4,5
Toma medicamento	149	95,5

En la tabla 2 se presentan la toma de medicamentos de los ancianos en estudio, los cuales fueron 149 que representan el 95,5% toman diferentes medicamentos, 58 que representan 37,2% toman hipotensores, 31 que representan el 19,9% toman diuréticos, 9 que representan el 5,8 toman tranquilizantes/sedantes, 2 que representan el 1,3% toman antidepresivos y 1 que representa el 0,6% toma Anti parkinsonianos.

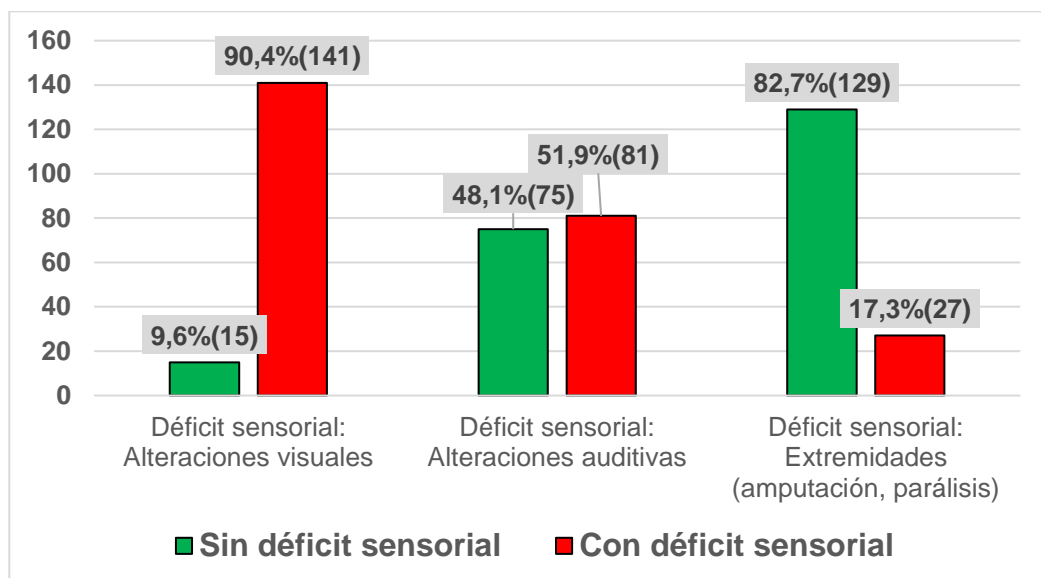


Figura 3. Riesgo de caídas en su dimensión Déficit sensorial en ancianos hospitalizados en el servicio de Medicina y Emergencia del HNGAI – ESSALUD, 2019.

En la figura 3 se observa que la puntuación máxima del déficit sensorial se presentó en 141 que representan el 90,4% ancianos con alteraciones visuales, el 81 que representan el 51,9% con alteraciones auditivas y 27 que representan el 17,3% con déficit en extremidades.

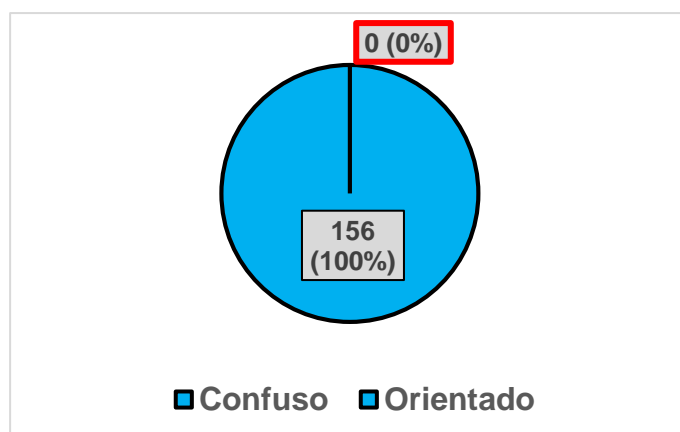


Figura 4. Riesgo de caídas en su dimensión Estado mental en ancianos hospitalizados en el servicio de Medicina y Emergencia del HNGAI – ESSALUD, 2019.

En la figura 4 se observa que la puntuación máxima del estado mental de los ancianos el 156 que representan el 100% se encuentran orientados.

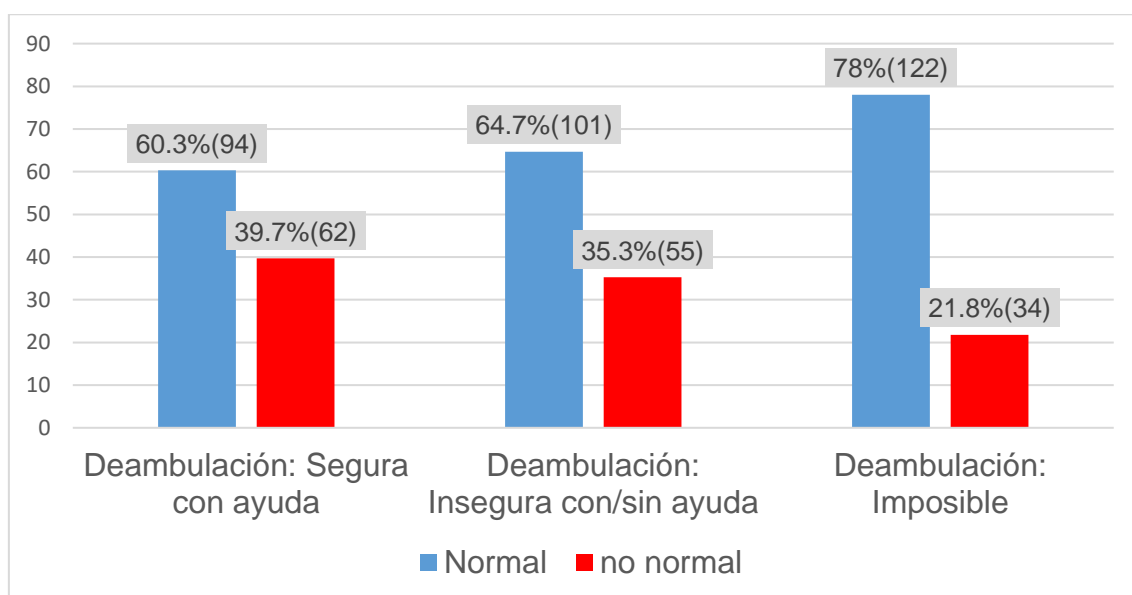


Figura 5. Riesgo de caídas en su dimensi3n Deambulaci3n en ancianos hospitalizados en el servicio de Medicina y Emergencia del HNGAI – ESSALUD, 2019.

En la figura 5 se observa que la deambulaci3n segura con ayuda se present3 normal en 94 que representan el 60,3% y en no normal 62 que representan el 39,7%, en la deambulaci3n insegura con/sin ayuda normal en 101 que representan el 64,7% y en la no normal en 55 que representan el 35% y en

deambulaci3n imposible normal en 122 que representan el 78% y en no normal el 34 que representan el 21,8%.

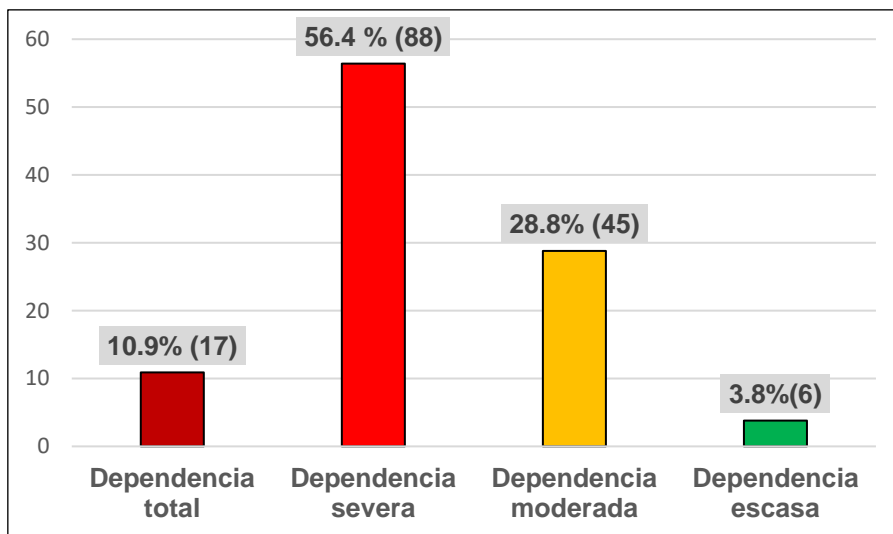


Figura 6. Capacidad Funcional en ancianos hospitalizados en el servicio de Medicina y Emergencia del HNGAI – ESSALUD, 2019.

En la figura 6 se observa que la puntuaci3n m1xima de la capacidad funcional se present3 en la dependencia severa en 88 que representan el 56.4% seguidos de la dependencia moderada en 45 que representan el 28.8%, dependencia total en 17 que representan el 10.9% y finalmente la dependencia escasa en 6 que representan el 3.8%.

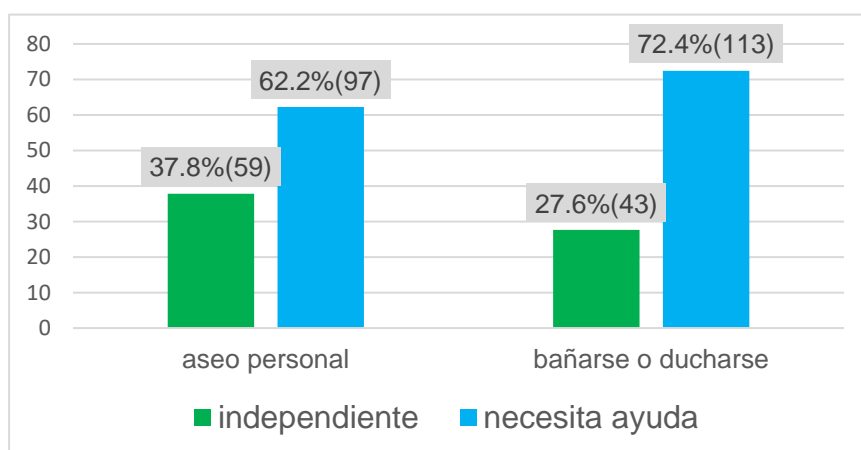


Figura 7. Capacidad Funcional en su dimensi3n aseo personal, bañarse o ducharse en ancianos hospitalizados en el servicio de Medicina y Emergencia del HNGAI – ESSALUD, 2019.

En la figura 7 se observa que la puntuación en la actividad aseo personal se presentó en 59 que representan el 37.8% ancianos es independiente y en 97 que representan el 62.2% ancianos necesitan ayuda, y en la actividad bañarse o ducharse se presentó en 43 que representan el 27.6% ancianos es independiente y en 113 que representan el 72.4% ancianos necesitan ayuda.

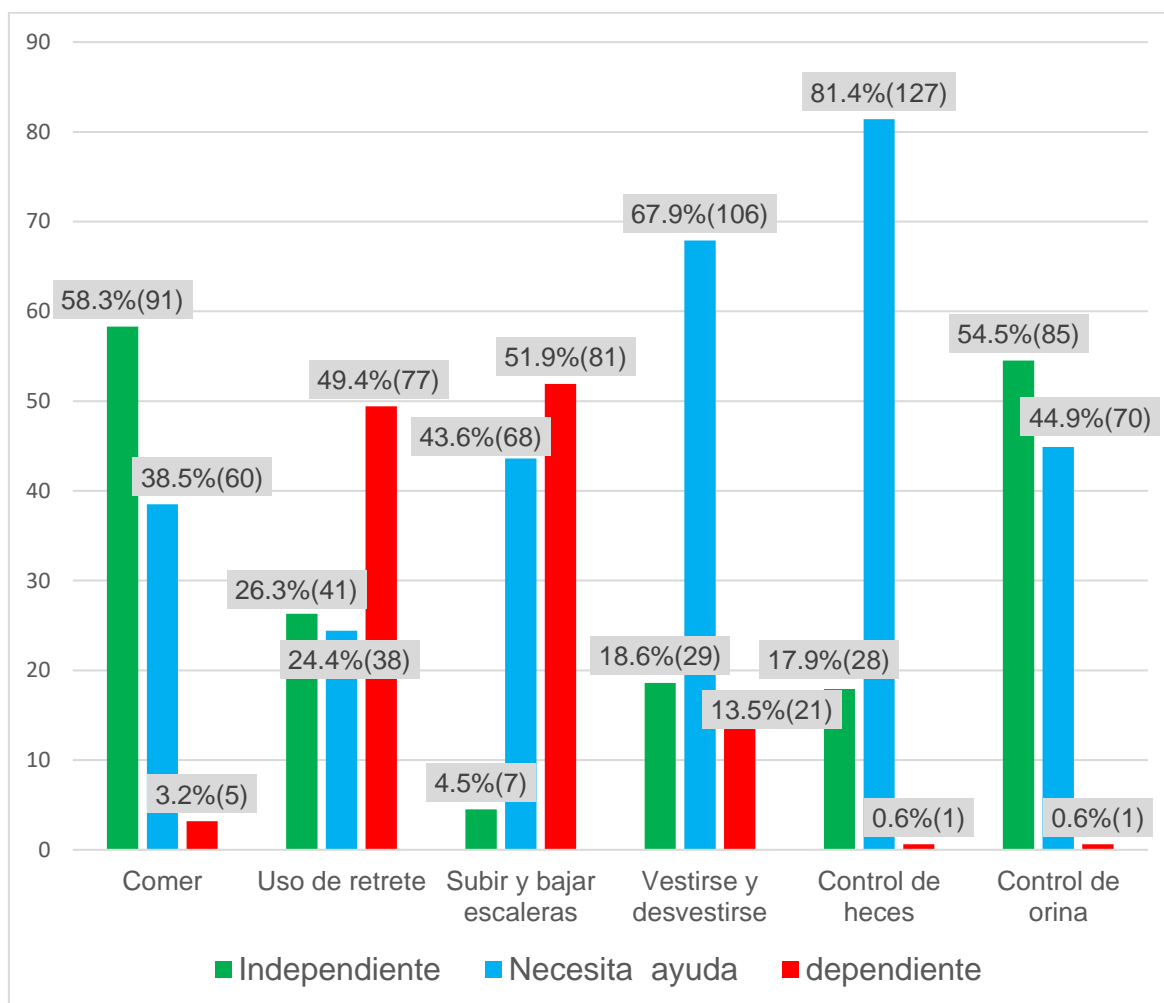


Figura 8. Capacidad Funcional en su dimensión comer, uso de retrete, subir y bajar escaleras, vestirse y desvestirse, control de heces, control de orina en ancianos hospitalizados en el servicio de Medicina y Emergencia del HNGAI – ESSALUD, 2019.

En la figura 8 se observa que la puntuación máxima en la actividad comer se presentó en 91 que representan el 58.3% ancianos es independiente, en la actividad control de heces se presentó en 127 que representan el 81.4%

ancianos necesitan ayuda y en la actividad subir y bajar escaleras se presentó en 81 que representan el 51.9% ancianos es dependiente.

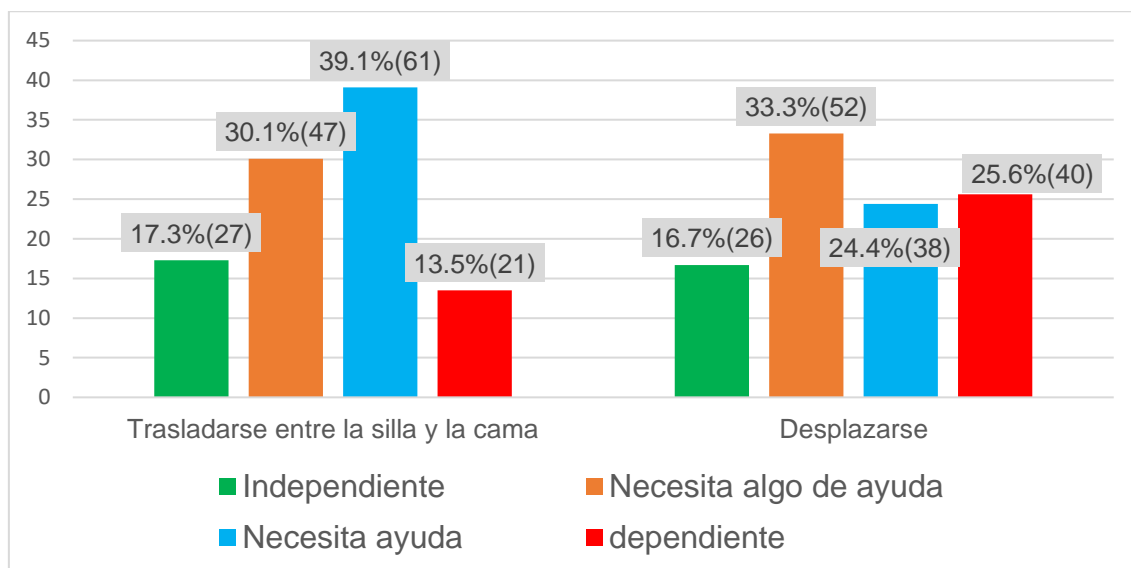


Figura 9. Capacidad Funcional en su dimensión trasladarse entre la silla y la cama, desplazarse en ancianos hospitalizados en el servicio de Medicina y Emergencia del HNGAI – ESSALUD, 2019.

En la figura 9 se observa que la puntuación en la actividad trasladarse entre la silla y la cama se presentó en 27 que representan el 17.3% ancianos es independiente, en 47 que representan el 30.1% ancianos necesitan algo de ayuda, en 61 que representan el 39.1% ancianos necesitan ayuda, en 21 que representan el 13.5% ancianos es dependiente y en la actividad desplazarse se presentó en 26 que representan el 16.7% ancianos es independiente, en 52 que representan el 33.3% ancianos necesitan algo de ayuda, en 38 que representan el 24.4% ancianos necesitan ayuda, en 40 que representan el 25.6% ancianos es dependiente.

Tabla 3. Relación entre riesgo de caídas y capacidad funcional de los ancianos hospitalizados en el servicio de Medicina y Emergencia del HNGAI – ESSALUD, 2019.

CAPACIDAD FUNCIONAL	RIESGO DE CAIDAS					
	BAJO RIESGO		ALTO RIESGO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Dependencia Total	0	0,0	17	10,9	17	10,9%
Dependencia Severa	0	0,0	88	56,4	88	56,4%
Dependencia Moderada	1	0,6	44	28,2	45	28,8%
Dependencia Escasa	2	1,3	4	2,6	6	3,9%
TOTAL	3	1,9	153	98,1	156	100,0%

En la tabla 3 se presentan la Relación entre riesgo de caídas y capacidad funcional donde se evidencia que del 156 que representan el 100% ancianos, el 88 que representan el 56,4% tienen una dependencia severa y el mismo porcentaje presenta alto riesgo de caída.

IV. DISCUSIÓN

4.1 DISCUSION

En relación entre el riesgo de caídas y la capacidad funcional en ancianos hospitalizados en el servicio de Medicina y Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – Essalud, 2019. En donde predominaron la dependencia severa y el alto riesgo de caída. esto se debe a múltiples causas entre ellos la edad, la estancia hospitalaria, el déficit sensorial y el sexo que producen un deterioro funcional y las pérdida de sus capacidades físicas, mentales y sociales (15). la dependencia severa es la inhabilidad funcional correspondiente con las Actividades Básicas de Vida Diaria (ABVD) y que requiere ayuda familiar y profesional para mejorar su independencia (4). el riesgo de caídas es el incremento de la susceptibilidad para caer y que estan ligados a diferentes factores físicos, cognitivos y fisiologicos (21). Esto coincide con el estudio de Dávila L y Palacios G, (2015) determinaron que existe vinculación entre capacidad funcional y el riesgo de caídas debido a la dependencia moderada que presentan la mayor parte de los adultos mayores (27). Por lo cual nosotros como personal de salud debemos realizar una VGI de forma oportuna y sensibilizar a los adultos mayores y familiares que ayuden en mejorar su independencia con actividades que puedan estar dentro de sus facultades poder realizarlas.

En relación a los participantes, predominó el sexo masculino seguido del sexo femenino, 60 años fue la edad mínima y 93 años el máximo, teniendo una media de 75 años. El deterioro funcional de la persona avanza conforme a la edad, ocasionando una disminución de sus actividades diarias, producto de la pérdida de masa y función muscular (28). Esto coincide con el estudio de Rojas Y, (2019) donde determino que en mayor porcentaje este deterioro se presenta en el sexo femenino, producidos por el déficit sensorial (25). A su vez coincide con Muñoz C, Rojas P, Marzuca G, (2015) donde determinaron que en su mayoría estas dependencias se dan en los adultos de mayor edad y en los de sexo femenino debido a las alteraciones motoras y cognitivas provocando su dependencia severa total (32). Por lo cual nosotros como personal de salud debemos priorizar el cuidado del adulto mayor dependiendo de su edad, sexo y su independencia,

estos datos nos ayudaran a prevenir riesgo de caídas y el deterioro funcional del adulto mayor.

En relación al riesgo de caídas en ancianos hospitalizados en el servicio de Medicina y Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – Essalud, 2019. Predominó el alto riesgo de caídas, esto se debe principalmente al déficit sensorial, al envejecimiento, a las enfermedades incapacitantes, efectos medicamentosos y a múltiples factores extrínsecos (7). Esto coincide con el estudio de Quiñonez J, (2017) donde determino que los principales causas de riesgo del riesgo de caídas se debe al uso de medicamentos seguido del deficit sensorial (26). A su vez coincide con Encalada L, Astudillo C, Alvarado L, Sánchez J, (2017) donde determinaron que el riesgo de caídas de debe a los antecedentes de caídas previas, déficit sensorial, estado mental, consumo de medicamentos, enfermedades crónicas (29). Y también coincide con Según Gomes L, Aragón S, Calvo B, (2017) donde determinaron que las caídas intrahospitalarias se debe al deficit sensorial, deterioro cognitivo, uso de medicamentos, dependencia funcional (30). Por lo cual nosotros como personal de salud debemos evaluar, vigilar y prevenir el riesgo de caídas, los cuales nos ayudaran a mantener una mejor dependencia de estos adultos mayores en el área hospitalaria.

En relación a la capacidad funcional según las actividades básicas de la vida diaria en ancianos hospitalizados en el servicio de Medicina y Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – Essalud, 2019. Predominó la dependencia severa, seguidos de la dependencia moderada. Esto se debido al déficit sensorial y cognitivo del adulto mayor, y al deterioro de las enfermedades propias de la edad, y en aquellos pacientes que presentan antecedentes de caídas (16). La dependencia moderada es cuando la persona necesita apoyo en mas de una actividad, pero que puede realizar algunas actividades sin apoyo o supervision, y la dependencia severa es cuando la persona necesita apoyo de forma obligatoria de otra persona y que requiere ser supervisado en todas sus actividades diarias (32). Esto coincide con Córdoles M, y col, (2016) donde determinaron que el deterioro leve, moderado y severo se presentan con mayor frecuencia en los pacientes hospitalizados, que presentan déficit sensorial o

mental relacionados al riesgo de caídas y la edad avanzada (16). A su vez coincide con Cruz M, Arteaga M, Segovia M, Pérez M, (2015) donde determinaron que ha mayor edad, mayor se presenta la dependencia moderada y severa los cuales se ven afectados en sus que actividades de vida diaria (33). También coincide con Escarcina A y Huayta L, (2016) determinaron que la dependencia total de los adultos mayores hospitalizados se debe a su deterioro de su edad y de las enfermedades que presentan en esta etapa de vida, lo que conlleva a la incapacidad de realizar sus actividades físicas por que requieren la presencia de un familiar o cuidador de forma obligatoria (44). Por el cual debemos de mejorar la evaluación geriátrica durante la hospitalización, brindando a su vez capacitación a los familiares y cuidadores, los cuales son una herramienta primordial en el deterioro funcional del adulto mayor de 60 años a más.

4.2 CONCLUSIONES

En cuanto la relación entre el riesgo de caídas y la capacidad funcional en ancianos hospitalizados en el servicio de Medicina y Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – Essalud, 2019, predominó la dependencia severa y el alto riesgo de caída.

En el presente estudio predominó el sexo masculino seguido del sexo femenino y la edad mínima fue de 60 años y la edad máxima 93 años, teniendo una edad promedio de 75 años en los participantes.

Respecto al riesgo de caídas en ancianos hospitalizados en el servicio de Medicina y Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – Essalud, 2019, predominó el alto riesgo de caídas.

La capacidad funcional según las actividades básicas de la vida diaria en ancianos hospitalizados en el servicio de Medicina y Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – Essalud, 2019, fue predominante la dependencia severa seguida de la dependencia moderada.

4.3 RECOMENDACIONES

En cuanto la relación entre el riesgo de caídas y la capacidad funcional en ancianos hospitalizados en el servicio de Medicina y Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – Essalud, 2019. Predominó la dependencia severa y el alto riesgo de caída, se recomienda fomentar en todo el personal de salud, una evaluación exhaustiva en la VGI, (valoración de escalas del adulto mayor, anamnesis de las situaciones de caídas) enfatizando el área física, mental y social, para determinar el nivel de independencia y el riesgo de caídas.

En cuanto a la edad y sexo en los participantes, predominó el sexo masculino seguido del sexo femenino, con una edad mínima de 60 años y 93 años de edad máxima, se recomienda tener mayor inspección y evaluación de las personas de mayor rango de edad, en especial del sexo masculino, utilizando iconos o figuras del alto riesgo de caídas y de su nivel de independencia.

En cuanto al riesgo de caídas en ancianos hospitalizados en el servicio de Medicina y Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – Essalud, 2019. Predominó el alto riesgo de caídas, se recomienda identificar los factores de riesgo intrínsecos (con relación a la persona) y extrínsecos (con relación al ambiente) para poder actuar de forma preventiva.

En cuanto a la capacidad funcional según las actividades básicas de la vida diaria en ancianos hospitalizados en el servicio de Medicina y Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – Essalud, 2019. Predominó la dependencia severa, seguidos de la dependencia moderada, se recomienda identificar los múltiples situaciones de riesgo que son los causantes de la pérdida de las capacidades funcionales e instaurar medidas preventivas de acción mediante las diversas escalas de evaluación de independencia funcional.

Fomentar el acompañamiento del familiar o cuidador en el mayor tiempo posible en aquellos pacientes de mayor riesgo de caídas y mayor dependencia, el cual

ayudaría en la prevención del riesgo de caídas y mejoramiento de su independencia.

Fomentar normativas a las autoridades correspondientes, sobre el incremento de personal de salud, así ayudar en la prevención, reducción y control del riesgo de caídas.

Fomentar investigaciones de naturaleza cualitativa y cuantitativa en población adultas mayores involucrando más variables de estudio, utilizando otros instrumentos de investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alvarado A, Salazar A. Analisis del Concepto Envejecimiento. Gerokomos [revista en Internet] 2014 [acceso 23 de marzo de 2019]; 25(2): 57-62. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
2. Organizacion Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud [sede Web]. Ginebra-Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2018 [actualizado el 5 de febrero de 2018; acceso 23 de marzo de 2019]. [Internet]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
3. Organización Mundial de la Salud. Acción multisectorial para un envejecimiento saludable basado en el ciclo de vida: proyecto de estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud. [sede Web]. Ginebra-Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2016 [actualizado el 22 de abril 2016 [Internet]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/253025/A69_17-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y
4. Loredó M, Gallegos R, Xequé A, Palome G, Juárez A. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. Enfermería universitaria [revista en Internet] 2016 [acceso 4 de marzo de 2019]; 13(3):159-165. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706316300197>
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Indicadores del Adulto Mayor [sede Web]. Lima - Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2019 [actualización Marzo 2019; acceso 05 de Abril 2019]. Available from: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-n01_adulto-oct-nov-dic2018.pdf
6. Organización panamericana de la Salud-Perú. Envejecimiento y salud.

- [sede Web]. Perú: Organización panamericana de la Salud ; 2016 [acceso 23 de marzo de 2019] [internet]. [Internet]. Available from: https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=4089:envejecimiento-y-salud&Itemid=0
7. Bloch F. Caídas en ancianos. EMC - Tratado de Medicina [revista en Internet] 2015 [acceso 5 de abril de 2019]; 19(4): 1-5. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1636541015746878>
 8. Organización Mundial de la Salud. Caídas [sede Web]. Ginebra-Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2018 [actualizado 16 de enero de 2018; acceso 05 marzo de 2019]. [Internet]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>
 9. Coppedge N, Conner K. Utilizar un instrumento de prevención de caídas estandarizado reduce el índice de caídas. Nursing (Ed. española) [revista en Internet] 2016 [acceso 05 abril de 2019]; 33(6): 60-63. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212538216301662>
 10. The Joint Commission. Preventing falls and fall-related injuries in health care facilities [sede Web]. España:The Joint Commission;2015 [actualización september 28;acceso 05 de Abril de 2019]. Available from: https://www.jointcommission.org/assets/1/18/SEA_55.pdf
 11. Bueno M, Roldán M, Rodríguez J, Meroño M, Dávila R, Berenguer N. Características de la escala Downton en la valoración del riesgo de caídas en pacientes hospitalizados. Enfermería Clínica [revista en Internet] 2017 [acceso 05 de abril de 2019]; 27(4): 227-234. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862117300256>
 12. Fernández M, Valbuena C, Natal C. Riesgo de caídas asociado al consumo de medicamentos en la población anciana. Revista de Calidad Asistencial [revista en Internet] 2018 [acceso 05 de abril de 2019]; 33(2): 65-118. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134282X18300083>
 13. Mascaró J, Burbano P. Cómo prevenir caídas en el anciano. FMC

- Formacion Medica Continuada en Atencion Primaria [revista en Internet] 2015 [acceso 05 de abril de 2019]; 22(8): 435-439. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134207215001966>
14. Rodríguez A, Narvaiza L, Gálvez C, de la Cruz J, Ruíz J, Gonzalo N, et al. Caídas en la población anciana española: Incidencia, consecuencias y factores de riesgo. Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia [revista en Internet] 2015 [acceso 05 de abril de 2019]; 50(6): 274-280. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X15000931>
 15. Bejines M, Velasco R, Garcia L, Barajas A, Aguilar L, Rodriguez M. Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar. Revista de Enfermeria instituto de Mexico [revista en Internet] 2015 [acceso 05 de abril de 2019]; 23(1): 9-15. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim151c.pdf>
 16. Córcoles M, Ruiz M, Saiz M, Muñoz E, Herreros L, Fernández P, et al. Deterioro funcional asociado a la hospitalización en pacientes mayores de 65 años. Enfermeria Clinica [revista en Internet] 2016 [acceso 05 de abril de 2019]; 26(2): 121-128. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862115001515>
 17. Gomes da Penha A, Tavares C, Falcão M. Mild cognitive impairment in the elderly. Dement Neuropsychol [revista en Internet] 2018 [acceso 05 de abril de 2019]; 12(2):165-172. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29988360>
 18. Barrero C, García S, Ojeda A. Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. Plast & Rest Neurol [revista en Internet] 2005 [acceso 05 de abril de 2019]; 4(4): 81-85. Available from: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/indice_de_barthel.pdf
 19. Cid J, Damián J. Valoración de la Discapacidad Física: El Indice de Barthel. revista española de salud publica [revista en Internet] 1997 [acceso 23 de Marzo de 2019]; 71(2): 127-137. Available from:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200004

20. Chavez G. consolidado e informe final sobre Evento adverso: caidas durante el año 2018. Lima; 2019.
21. De Freitas M, De Goes M, De Fatima A. Nursing Diagnosis Risk for falls: prevalence and clinical profile of hospitalized patients. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [revista en Internet] 2014 [acceso 26 de Marzo de 2019]; 22(2): 262-268. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/0104-1169-rlae-22-02-00262.pdf>
22. Da Mata, Azevedo C, Policarpo A, Teixeira J. Factors associated with the risk of fall in adults in the postoperative period: a cross-sectional study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [revista en Internet] 2017 [acceso 26 de Marzo de 2019]; 25:e2904. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5492651/>
23. Perou Y, Faez M, San Miguel J, Diaz M. Evaluacion funcional del adulto mayor y el proceso de atención de enfermería. *Revista Información Científica* [revista en Internet] 2016 [acceso 26 de marzo de 2019]; 95(5): 851-861. Available from: <http://www.revinfocientifica.sld.cu/index.php/ric/rt/printFriendly/78/2221>
24. Quino A, Chacón M. Capacidad funcional relacionada con actividad física del adulto mayor en Tunja , Colombia. *Horizonte sanitario* [revista en Internet] 2017 [acceso 26 de Marzo de 2019]; 17(1): 59-68. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/hs/v17n1/2007-7459-hs-17-01-00059.pdf>
25. Rojas M. Actividad Física y Riesgo de Caídas en Centro de Atención Adulto Mayor de Santa Anita.[tesis licenciatura]. Perú: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2019. Available from: http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3089/UNFV_Rojas_Mejía_Yesenia_Elizabeth_Titulo_Profesional_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
26. Quiñonez J. Riesgo de caídas en los pacientes adultos mayores del

- Hospital Geriátrico de la Policía San José. [tesis licenciatura]. Perú: Universidad Nacional Mayor de san Marcos; 2017. [Internet]. Available from:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/6156/Quiñonez_tj.pdf?sequence=1&isAllowed=y
27. Davila L, Palacios G. Relacion entre la capacidad funcional y el riesgo de caída que tienen los adultos mayores [tesis licenciatura]. Perú: Universidad Norbert Wiener; 2015. [Internet]. Available from:
<http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/230/DAVILAPALACIOS.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
 28. Meza G. Capacidad funcional para desarrollar actividades de la vida diaria, según edad y sexo en adultos mayores que acuden a un centro de atención al adulto mayor. Villa María del Triunfo. [tesis licenciatura]. Perú: Universidad Nacional Mayor de san Marcos; 2016 [Internet]. Available from:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5892/Meza_Ig.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 29. Encalada L, Astudillo C, Alvarado L, Sánchez J. Prevalencia de caídas en adultos mayores y factores asociados en la parroquia sidcay. Revista de la Facultad de Ciencias Medicas [revista en Internet] 2017 [acceso 10 de mayo de 2019]; 35(1): 30-38. Available from:
<https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/1235/1073>
 30. Gómez L, Aragón S, Calvo B. Caídas en ancianos institucionalizados: valoración del riesgo , factores relacionados y descripción. Gerokomos [revista en Internet] 2017 [acceso 10 de mayo de 2019]; 28(1): 2-18. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n1/1134-928X-geroko-28-01-00002.pdf>
 31. Alvarado L, Astudillo C, Sanchez J. Prevalencia De Caídas En Adultos Mayores Y Factores Asociados En La Parroquia Sidcay. [tesis doctoral]. Ecuador: Universidad de Cuenca ; 2014. [Internet]. Available from:

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/6729/1/TESIS.pdf>

32. Muñoz C, Rojas P, Marzuca G. Valoración del estado funcional de adultos mayores con dependencia moderada y severa pertenecientes a un centro de salud familiar. Kinesióloga CESFAM Arrau Méndez, Parral [revista en Internet] 2015 [acceso 10 de mayo de 2019]; 22(1): 76-83. Kinesióloga CESFAM Arrau Méndez, Parral [Internet]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/fp/v22n1/1809-2950-fp-22-01-00076.pdf>
33. Cruz M, Arteaga M, Segovia M, Pérez M. Capacidad funcional física y necesidades humanas del adulto mayor. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [revista en Internet] 2015 [acceso de 10 mayo de 2019]; 23(1): 17-26. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim151d.pdf>
34. Seminario M. Capacidad funcional y riesgo de caídas en adultos mayores del centro integral de atención al adulto mayor Chulucunas, 2018 [tesis Licenciatura]. Perú: Universidad Católica Sedes Sapientiae; 2018. [Internet]. Available from: http://repositorio.ucss.edu.pe/bitstream/handle/UCSS/556/Seminario_Michael_tesis_baciller_FCS_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y
35. Díaz L, Torruco U, Martínez M, Varela R. La entrevista, recurso flexible y dinámico. Investigación en Educación Médica [revista en Internet] 2013 [acceso 05 de Abril de 2019]; 2(7): 162-167. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007505713727066>
36. Troncoso C, Amaya A. Entrevista: guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud. Revista de la facultad de Medicina [revista en Internet] 2017 [acceso 05 de Abril de 2019]; 65(2): 329-332. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v65n2/0120-0011-rfmun-65-02-329.pdf>
37. Oyarzún M, Pinto M, Raineri G, Amigo H, Cifuentes L, González M, et al. Experiencia del comité de Ética de investigación en seres humanos de la facultad de medicina de la universidad de Chile y los desafíos que impone la nueva legislación Chilena en la investigación médica. Revista Medica de

- Chile [revista en Internet] 2014 [Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v142n7/art09.pdf>
38. Prieto P. Comités de ética en investigación con seres humanos: relevancia actual en Colombia. *Acta Médica Colombiana* [revista en Internet] 2011 [acceso 05 de abril de 2019]; 36(2):98-104. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v36n2/v36n2a09.pdf>
39. Mellado J. Autonomía, consentimiento y responsabilidad. Parte 1: limitaciones del principio de autonomía como fundamento del consentimiento informado. *Radiología* [revista en Internet] 2016 [acceso 10 de mayo de 2019]; 58(5): 343-351. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0033833816301059>
40. Restrepo D, Cardeño C, Duque M, Jaramillo S. Del principio de beneficencia al principio de autonomía: aproximación a la evaluación de la competencia mental de los pacientes en el hospital general. *Revista Colombiana de Psiquiatría* [revista en Internet] 2014 [acceso 10 de mayo de 2019]; 41(2): 395-40. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745014600135>
41. Siurana J. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas* [revista en Internet] 2010 [acceso 10 de mayo de 2019]; 22(Marzo 2010): 121-157. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/veritas/n22/art06.pdf>
42. Casado M, De Lecuona I, Royes A. Sobre las voluntades anticipadas: aspectos bioéticos, jurídicos y sociales. *Revista Española de Medicina Legal* [revista en Internet] 2013 [acceso 10 de mayo de 2019]; 39(1): 26-31. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0377473212000594>
43. Ortiz A, Burdiles P. Consentimiento informado. *Revista de Medicina Clínica* [revista en Internet] 2001 [acceso 10 de mayo de 2019]; 21(4): 644-652. Available from:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864010705824>

44. Escarcina A, Huayta L. Dependencia del adulto mayor y calidad de vida del cuidador familiar. [tesis licenciatura]. Perú: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2016. [Internet]. Available from: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/1792/ENeszeac.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ANEXOS

VARIABLE	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	N° DE ITEMS	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
Capacidad funcional	Tipo de variable según su naturaleza: cualitativa Escala de medición: ordinal	Se entiende por capacidad funcional, cuando la persona es autónoma de realizar sus decisiones y responsabilidades en sus actividades básicas de vida diaria sin inspección sin inspección o dependencia, es decir la capacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles sociales en su vida cotidiana (24).	Se descifra capacidad funcional al Grado de independencia funcional para desempeñar 10 Actividades básicas de la Vida Diaria (ABVD), en los ancianos hospitalizados del servicio de Medicina y Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, obtenidos mediante la aplicación del índice de Barthel.	Comer	<ul style="list-style-type: none"> - Incapaz - Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc. - Independiente (la comida está al alcance de la mano) 	3 (0,5,10)	Dependencia total.	0-20
				Trasladarse entre la silla y la cama	<ul style="list-style-type: none"> - Incapaz no se mantiene sentado - Necesita ayuda importante - Necesita algo de ayuda - Independiente 	4 (0,5,10,15)	Dependencia severa.	21-60
				Aseo personal	<ul style="list-style-type: none"> - Necesita ayuda con el aseo personal - Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse 	2 (0,5)	Dependencia moderada.	61-90
				Uso de retrete	<ul style="list-style-type: none"> - Dependiente - Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo - independiente 	3 (0,5,10)	Dependencia escasa. Independencia.	91-99 100

				Bañarse o ducharse	<ul style="list-style-type: none"> - Dependiente - independiente 	2 (0,5)		
				Desplazarse	<ul style="list-style-type: none"> - Inmóvil - independiente en silla de ruedas en 50m - anda con pequeña ayuda de una persona - Independiente. 	4 (0,5,10,15)		
				Subir y bajar escaleras	<ul style="list-style-type: none"> - Incapaz - Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta - Independiente 	3 (0,5,10)		
				Vestirse y desvestirse	<ul style="list-style-type: none"> - Dependiente - Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente sin ayuda - Independiente, incluyendo botones, cremalleras 	3 (0,5,10)		
				Control de heces	<ul style="list-style-type: none"> - Incontinente (o necesita que le suministren enema) - Accidente excepcional (uno/semana) - continente 	3 (0,5,10)		
				Control de orina	<ul style="list-style-type: none"> - incontinente - accidente excepcional - continente, durante al menos 7 días 	3 (0,5,10)		

Anexo B. Instrumentos de recolección de datos

ESCALA DE RIESGO DE CAIDA (J. H. DOWNTON)

I. DATOS

GENERALES:.....

1. Edad (años): _____ 2. Sexo: a) Femenino () b) Masculino ()

Criterio de evaluación	Descripción	Puntaje
Caídas previas	No	0
	si	1
Medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes/sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores(no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
Déficit sensoriales	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (amputación, ictus, neuropatía, etc)	1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
Deambulaci3n	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con/sin ayuda	1
	imposible	1
TOTAL PUNTAJE		

Clasificaci3n:

Alto riesgo: 3 a m3s puntos

Bajo riesgo: 0 – 2 puntos

INDICE BARTHEL (Mahoney y Barthel)

I. DATOS

GENERALES:.....

1. Edad (años): _____ 2. Sexo: a) Femenino () b) Masculino ()

INDICE DE BARTHEL		
Actividad	Descripción	Puntaje
Comer	1. incapaz	0
	2. necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	5
	3. Independiente (la comida está al alcance de la mano).	10
Trasladarse entre la silla y la cama	1. Incapaz, no se mantiene sentado.	0
	2. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado.	5
	3. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal).	10
	4. Independiente.	15
Aseo personal	1. Necesita ayuda con el aseo personal.	0
	2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.	5
Uso de retrete	1. Dependiente.	0
	2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo.	5
	3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse).	10
Bañarse o ducharse	1. Dependiente.	0
	2. Independiente para bañarse o ducharse.	5
Desplazarse	1. Inmóvil.	0
	2. Independiente en silla de ruedas en 50m.	5
	3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal).	10
	4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador.	15
Subir y bajar escaleras	1. Incapaz.	0
	2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta.	5
	3. Independiente para subir y bajar.	10

Vestirse y desvestirse	1. Dependiente.	0
	2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda.	5
	3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10
Control de heces	1. Incontinente (o necesita que le suministren edema).	0
	2. Accidente excepcional (uno/semana).	5
	3. Continente.	10
Control de orina	1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa.	0
	2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas).	5
	3. Continente, durante al menos 7 días.	10
TOTAL PUNTAJE		

Interpretación:

0-20: Dependencia total

21-60: dependencia severa.

61- 90: dependencia moderada.

91- 99: dependencia escasa.

100: independencia.

Anexo C. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACION

El presente trabajo de investigación que lleva como Título “RIESGO DE CAIDAS Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN ANCIANOS HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA Y EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN – ESSALUD, 2019” desarrollado por el egresado de la Universidad Norbert Wiener de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Siendo el Investigador principal: Rosendo Udomar Mera Banda cel.: 974159880 correo. merabandarosendo@gmail.com

Comité institucional de ética en investigación del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Correo: ciei.almenara@essalud.gob.pe. Teléfono: 3242983. Anexo: 44338.

La participación para este estudio es completamente voluntaria y confidencial. La información que usted nos pueda brindar será manejada confidencialmente pues solo los investigadores tendrán acceso a esta información, por tanto estará protegida. La aplicación del instrumento tiene una duración de 10 minutos y consiste en un cuestionario cuyo objetivo es determinar la relación que existe entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas en ancianos hospitalizados en el servicio de Medicina y Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – Essalud, 2019.

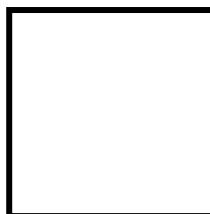
Esta información será analizada por el egresado de la UNIVERSIDAD NORBERT WIENER.

DECLARACION:

Declaro mediante este documento que he sido informado plenamente sobre el trabajo de investigación, así mismo se me informo del objetivo del estudio y sus beneficios, se me ha descrito el procedimiento y me fueron aclaradas todas mis dudas, proporcionándome el tiempo suficiente para ello. En consecuencia, doy mi consentimiento para la participación en este estudio.

.....

Nombre y Apellido del participante



.....

Mera Banda Rosendo Udomar

Investigador Principal

DNI:

DNI: 45424142

Lima.....de.....2019

Anexo D. Resolución o dictamen del comité de ética



“Año de la Lucha Contra la Corrupción y la Impunidad”

CARTA N° 168 CIEI-OIyD-GRPA-ESSALUD-2019

Lima, 05 de julio del 2019

Medico:

JOSÉ QUIÑONES LOZANO

Jefe de la Oficina de Investigación y Docencia

Red Prestacional Almenara - EsSalud

Presente. –

Asunto : Revisión por parte del Comité de Ética a Estudio Observacional

Es grato dirigirme a usted muy cordialmente y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética en Investigación, ha evaluado el proyecto de investigación:

036-2019 Riesgo de caídas y capacidad funcional en ancianos hospitalizados en el Servicio de Medicina y Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen - EsSalud, 2019.

Autor: Rosendo Udomar Mera Banda

Cumple con los requisitos para ser **EXCEPTUADO** de la Revisión por parte del pleno del Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. En consideración a lo estipulado por la Directiva de N° 04-IETSI-ESSALUD-2016.

Específicamente, el presente estudio fue exceptuado de la revisión por el Comité de Ética en Investigación por pertenecer a la Categoría N° 1 del Anexo 6 de la mencionada directiva: Las investigaciones que impliquen el uso de pruebas educativas (cognitivas, de diagnóstico, de aptitud, de aprovechamiento); procedimientos de encuestas, entrevistas u observación del comportamiento público, cuyos datos no permitan la identificación de los sujetos ni los pongan en riesgo.

El estudio tendrá una duración de 05 meses aproximadamente, el estudio se llevará a cabo en el Servicio de Medicina y Emergencia del Departamento de Enfermería del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen - Red Prestacional Almenara, que emitió la correspondiente carta en la que da el visto bueno a la realización del estudio.

Así mismo, se recuerda que el equipo de investigación deberá:

- Cumplir lo establecido por la Declaración de Helsinki y las Directivas de investigación de EsSalud velando en todo momento por un tratamiento responsable y ético de los datos y de las personas involucradas en la investigación.
- Ejecutar la investigación cumpliendo estrictamente con lo estipulado en el protocolo de investigación remitido a este comité. En caso de modificaciones que pudieran implicar el cambio de estatus de protocolo exceptuado, éstas deben ser remitidas previamente a este comité.



- Remitir los Informes de Avance semestrales e Informe Final, en los plazos establecidos.
- Remitir las publicaciones respectivas.

Sin otro particular, me despido de usted.

Atentamente,

RED PRESTACIONAL ALMENARA
COMITE INSTITUCIONAL DE ETICA EN INVESTIGACION

DR. DEMETRIO MOLERO CASTRO
CMP-7307
PRESIDENTE
ESSALUD

NIT: 753-2019-622

Anexo E. Validez y confiabilidad de instrumentos de recolección de datos

La validez de la prueba diagnóstica para el cuestionario de Riesgo de caídas en los usuarios hospitalizados, realizadas por Bueno y colaboradores (2017), calcularon la sensibilidad (57%) y la especificidad (62%) (11).

Cuestionario de Capacidad Funcional en Ancianos		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		0,883
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	1073,071
	gl	45
	sig	0,000
Alfa de Crombach		N de elementos
0,888		10

La medida de adecuación muestral para el Cuestionario de Capacidad Funcional en Ancianos, arrojó un coeficiente mayor a 0,5 ($KMO = 0,883$). Así mismo, el coeficiente obtenido por la prueba de esfericidad de Bartlett es de 0,000 ($p < 0,05$). Ambas pruebas confirman la hipótesis de validez del instrumento. El índice Alfa de Cronbach del instrumento es de 0,883 ($\alpha > 0,6$), lo que confirma la consistencia interna del instrumento y su fiabilidad.

Anexo F. Evidencia del trabajo de campo (Fotos)



