



FACULTAD DE TECNOLOGÍA MÉDICA

**CONOCIMIENTO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS DEL ADULTO MAYOR EN
CONSULTA EXTERNA DEL INEN, 2022**

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Tecnología Médica en la
Especialidad de Terapia Física y Rehabilitación

Autora:

Sedano Soria, Romina Tabita

Asesora:

Guevara Vizcarra, María Eufrosina

(ORCID: 0000-0002-7497-6298)

Jurado:

Leiva Loayza, Elizabeth

Bravo Cucci, Sergio

Mauricio Vílchez, Cesar

Lima - Perú

2023

Reporte de Análisis de Similitud

OFICINA DE GRADOS Y GESTIÓN DEL EGRESADO

Archivo:	1A _SEDANO SORIA, ROMINA TABITA_TITULO_LICENCIADO_2023
Fecha del Análisis:	09-06-2023
Operador del Programa Informático:	MEDINA VILCHEZ MIRTHA VANESSA
Correo del Operador del Programa Informático:	mmedina@unfv.edu.pe
Porcentaje:	13 %
Asesor:	Dra. MARIA EUFROSINA GUEVARA VIZCARRA
Título:	CONOCIMIENTO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS DEL ADULTO MAYOR EN CONSULTA EXTERNA DEL INEN, 2022
Enlace:	https://secure.arkund.com/view/162688531-261638-318273


Zoila Santos Chero Pisfil
Mg. Zoila Santos Chero Pisfil
Oficina de Grados y Gestión del Egresado (e)



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE TECNOLOGÍA MÉDICA

CONOCIMIENTO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS DEL ADULTO MAYOR

EN CONSULTA EXTERNA DEL INEN, 2022

Línea de investigación: Salud Pública

**Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Tecnología Médica en la
Especialidad de Terapia Física y Rehabilitación**

Autor:

Sedano Soria, Romina Tabita

Asesor

Guevara Vizcarra, María Eufrosina

ORCID: 0000-0002-7497-6298

Jurados

Leiva Loayza Elizabeth

Bravo Cucci, Sergio

Mauricio Vílchez Cesar

Lima-Perú

2023

Dedicatoria

Dedico este trabajo primeramente a Dios por ser el dador de todo lo que tengo y soy, agradezco a mis padres porque siempre me ayudaron y motivaron a crecer en todos los aspectos, son mi ejemplo de perseverancia, a mis hermanos por su ayuda y paciencia cada vez que solicitaba de ellos y a mi esposo por su amor y apoyo. Todos fueron de gran ayuda para mí, ¡Gracias!

Agradecimiento

Agradezco a todos mis profesores por todas las clases brindadas, agradezco a todos los que fueron parte y apoyo en mi trabajo de tesis, a la Mg. Carmen Román por su gran apoyo e incentivar a investigar y crecer profesionalmente. Agradezco a mi asesora la Dr. María Guevara por su paciencia y dedicación. Agradezco a mi familia, a mis padres porque siempre me apoyaron con mucho cariño y dedicación, y ante todo agradezco a mi Dios porque siempre estuvo conmigo.

Índice

	Pág.
Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
I. Introducción	1
1.1 Descripción y formulación del problema.....	1
1.2 Antecedentes	4
1.3 Objetivos.....	4
1.3.1 Objetivo General.....	8
1.3.2 Objetivos Específicos.....	8
1.4 Justificación	8
II. Marco Teórico.....	10
2.1 Bases teóricas sobre el tema	10
2.1.1 Envejecer	10
2.1.2 Adulto Mayor.....	12
2.1.3 Caída en el Adulto Mayor.....	15
2.1.4 Consecuencias de las Caídas.....	19
2.1.5 Medidas para prevenir el riesgo de caídas	20
III. Método.....	25
3.1 Tipo de Investigación	25
3.2 Ámbito temporal y espacial.....	25
3.3 Variables	25
3.4 Población y Muestra.....	29
3.5 Instrumentos.....	30
3.6 Procedimiento.....	31

	3.7 Análisis de Datos.....	31
IV.	Resultados.....	32
V.	Discusión de Resultados.....	36
VI.	Conclusiones	38
VII.	Recomendaciones.....	39
VIII.	Referencias	41
IX.	Anexos	43
	Anexo A: Consentimiento Informado.....	43
	Anexo B: Cuestionario de Conocimiento de prevención de Caídas	45
	Anexo C: Carta de aprobación del Departamento de Investigación del INEN...	49
	Anexo D: Carta de aprobación del Departamento de Ética del INEN.....	50

Índice de Figuras

	Pág.
Figura 1. Conocimiento de prevención de caídas.....	32
Figura 2. Conocimiento según el sexo.....	33
Figura 3. Conocimiento según el rango de edad.....	34
Figura 4. Conocimiento según el rango de instrucción	35

Resumen

Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento de prevención de caídas de los adultos mayores que asistió a consulta externa del servicio de Medicina Física y Rehabilitación del INEN, 2022.

Método: La investigación es de diseño no experimental, descriptiva de tipo observacional. La población estuvo conformada por 100 pacientes adultos mayores que asistieron a consulta externa. El instrumento aplicable fue de una encuesta en referencia al nivel de conocimiento de prevención de caídas. **Resultados:** se demostró que el 70% presentó un nivel alto de conocimiento y el 30% un nivel medio; en relación al sexo se encontró que el 61% fueron mujeres y de estas el 26.2% presentaron nivel medio y el 73.8% nivel alto. En referente a la edad, los de edad avanzada que son de 60 a 74 años, presentaron mayor cantidad de encuestados que fueron 72 según el nivel de conocimiento presenta el 70.8% de nivel alto. En relación al grado de instrucción los que solo llegaron hasta primaria o secundaria presentaron el 70%, nivel alto. Se demostró que no existe una relación entre el nivel de conocimiento y el sexo, edad o nivel de instrucción. **Conclusión:** No hay relación entre el sexo, edad, grado de instrucción y el nivel de conocimiento de prevención de caídas.

Palabras clave: Caídas, grado de instrucción, adulto mayor

Abstract

Objective: To determine the level of knowledge of fall prevention of the elderly who attended the outpatient clinic of the INEN Physical Medicine and Rehabilitation service, 2022. **Method:** The research is of a non-experimental, descriptive, observational design. The population consisted of 100 older adult patients who attended an outpatient clinic. The applicable instrument was a survey in reference to the level of knowledge of fall prevention. **Results:** They showed that 70% presented a high level of knowledge and 30% a medium level; In relation to sex, it was found that 61% were women and of these, 26.2% presented a medium level and 73.8% a high level. Regarding age, the elderly who are from 60 to 74 years old, presented a greater number of respondents who were 72 according to the level of knowledge, 70.8% present a high level. In relation to the level of education, those who only reached primary or secondary school presented 70%, a high level. It was shown that there is no relationship between the level of knowledge and sex, age or level of education. **Conclusion:** There is no relationship between sex, age, level of education and the level of knowledge of fall prevention.

Keywords: Falls, educational level, older adult

I. Introducción

La preocupación por los adultos mayores y todo el proceso de envejecimiento surge la pregunta si las personas están o estarán preparadas para llegar a esa edad y sobre todo saber cómo enfrentar esa etapa. Es necesario tener conocimiento de todos los cuidados y como evitar trágicos incidentes, ya que la segunda causa de muerte mundial es por lesiones o los traumatismos. Los pacientes oncológicos son los más vulnerables a sufrir una caída y sobre todo los adultos mayores ya que por todo el proceso de tratamiento su cuerpo es muy debilitado lo que aumentaría la predisposición a caerse. Por ello surge la pregunta: ¿Cuál es el nivel de conocimiento de prevención de caídas de los adultos mayores? Por todo ello el determinar el nivel de conocimiento acerca de las caídas y la lucha contra estas, que merece toda la atención de los sectores implicados; siendo esta la base fundamental del presente trabajo que busca disminuir estos sucesos tan tristes y desagradables para los adultos mayores. Teniendo en cuenta que la mayoría de las caídas son potencialmente prevenibles, se identifica la necesidad prioritaria de establecer medidas efectivas de prevención de las caídas con el fin de evitarlas y evitar las consecuencias que implican dependencia funcional, sobrecarga a la familia y a los cuidadores, y muerte prematura. El objetivo de la presente investigación es “Determinar el nivel de conocimiento de prevención de caídas de los adultos mayores que asistieron a consulta externa del servicio de Medicina Física y Rehabilitación del INEN, 2022” y saber cuánto se sabe sobre este tema tan vital ya que esto podría evitar un evento fortuito.

1.1 Descripción y Formulación del Problema

1.1.1 Delimitación del Problema

De acuerdo con recientes estudios demográficos realizados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2021), afirmó que:

Como resultado de los grandes cambios demográficos experimentados en las últimas décadas en el Perú, la estructura por edad y sexo de la población está

experimentando cambios significativos. En este proceso de envejecimiento de la población peruana, aumenta la proporción de la población adulta mayor de un 5,7% en el año 1950 a 13,0% en el año 2020.

Por otro lado, en referencia a las caídas, se calcula que anualmente se producen 684 000 caídas mortales, lo que convierte a las caídas en la segunda causa mundial de muerte por lesiones o traumatismos no intencionales, de las cuales las mayores tasas de mortalidad por esta causa corresponden en todas las regiones del mundo a los mayores de 60 años. Cada año se podría afirmar también que se producen 37,3 millones de caídas que, aunque no sean mortales, requieren atención médica y suponen la pérdida de más de 38 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad. (OMS,2021)

Las caídas son un problema muy serio para todos, pero en especial para los adultos mayores, ya que estas pueden llevarlas a la muerte, esto es un problema serio ya que no se tiene la debida información con respecto al riesgo de las caídas.

La magnitud del riesgo puede deberse, al menos en parte, a los trastornos físicos, sensoriales y cognitivos relacionados con el envejecimiento, así como a la falta de adaptación del entorno a las necesidades de la población de edad avanzada. Teniendo presente esta realidad, una adecuada atención a este grupo vulnerable, debe considerarse un enfoque totalmente integral, implicando aspectos físicos, psíquicos y sociales, y remarcar el rol preventivo como una prioridad sobre el rol reparativo. Un autor afirma con relación a las caídas y el proceso de temor de estas, sobre este tema:

Las caídas son una causa frecuente de lesiones; algunas de estas lesiones, como las fracturas de cadera, son graves. Las personas de edad avanzada son más propensas a sufrir fracturas en las caídas debido a que muchas tienen los huesos porosos y frágiles (osteoporosis). Algunas lesiones causadas por una caída son mortales.

Muchas personas de edad avanzada temen caer. El miedo a caerse puede ocasionar problemas. Las personas de edad avanzada se preocupan por la realización de sus actividades habituales y pierden la confianza en sí mismas y hasta su independencia. Hay medidas para superar los temores y reducir el riesgo de caída. Reconocer las causas de las caídas puede ser eficaz. (Rubenstein, 2021)

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), presenta gran cantidad de diferentes servicios hacia la comunidad con relación al diagnóstico oncológico. En este estudio nos centraremos en el servicio de consulta externa de Medicina Física y Rehabilitación. Los pacientes tanto niños, jóvenes, adultos y adultos mayores; son atendidos por una intervención ya sea quirúrgica, quimioterapias, radioterapias, hormonoterapia, etc. El manejo del cáncer es un proceso largo, duro, cansado, agotador. Donde todos los sistemas del cuerpo humano se ven afectadas. En relación con el sistema musculoesquelético se causará un gran impacto en la fuerza muscular debilitando los músculos, produciendo hipotrofia, descalcificación de huesos, etc. En el área del sistema nervioso se verá afectado el equilibrio, la estabilidad, etc. Todos los pacientes oncológicos son muy vulnerables a las caídas y de manera especial los adultos mayores, ya que se suman a todos los cambios fisiológicos naturales por el avance de la edad, los efectos adversos del tratamiento neoplásico. Muchos viven solos o con algún familiar que por muchos factores entre ellos el trabajo limita la posibilidad de poder cuidar al adulto mayor, y las condiciones de su domicilio muchas veces facilitan en alta medida alguna caída accidental, también adicionando a esto, está el hecho de que pueden habitar en pisos elevados donde deben de subir escaleras que en muchos de los casos no hay pasamanos, o también en asentamientos humanos donde el riesgo a una caída es muy alto. Estos pacientes son derivados a consulta externa de Medicina Física y Rehabilitación para llevar sus sesiones establecidas de terapia, que generalmente son 10 sesiones de 30 min cada una. Ellos también deben llegar al INEN, a tiempo, subir por escaleras o ascensores al servicio, por lo que ellos están muy

propensos a caer y sufrir las consecuencias graves, especialmente si ellos desconocen cómo evitar una caída. Es por ello que se desarrollará esta investigación para determinar su nivel de conocimiento en la prevención de las caídas en los pacientes adultos mayores que asisten a consulta externa de Medicina Física y Rehabilitación del INEN.

1.1.2 Formulación del Problema

Problema General.

¿Cuál es el nivel de conocimiento de prevención de caídas de los adultos mayores que asisten a consulta externa del servicio de Medicina Física y Rehabilitación del INEN, 2022?

Problemas Específicos.

- ¿Cuál el nivel de conocimiento de prevención de caídas por sexo de los adultos mayores que asisten a consulta externa del servicio de Medicina Física y Rehabilitación del INEN, 2022?

- ¿Cuál el nivel de conocimiento de prevención de caídas por edades de los adultos mayores que asistieron a consulta externa del servicio de Medicina Física y Rehabilitación del INEN, 2022?

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento de prevención de caídas por grado de instrucción de los adultos mayores que asistieron a consulta externa del servicio de Medicina Física y Rehabilitación del INEN, 2022?

1.2 Antecedentes

1.2.1 Antecedentes Internacionales

Noguerón (2020), en su estudio cuyo objetivo fue evaluar si un programa de entrenamiento multicomponente realizado en un grupo de ancianos con caídas contribuye a mejorar y aumentar el rendimiento funcional, reduce el número de caídas mejora el Síndrome

de temor a caer, aumenta o mejora fuerza y potencia en miembros inferiores, situación afectiva y cognitiva, fragilidad y parámetros de composición corporal. Es un estudio retrospectivo, sobre un programa de ejercicio multicomponente de 4 meses de duración, con entrenamiento de 2 veces por semana en un ámbito hospitalario y en participantes mayores de 64 años con antecedentes de caídas. Resultados: De 50 participantes que completaron el programa, su edad media fue de 77,2 años y de ellos 39 eran mujeres. Los participantes disminuyeron el número medio de criterios de fragilidad de 2,1 a 1,3 e incrementaron la velocidad de la marcha de 0.65 m/s a 0.825 m/s. Conclusión: Un programa de ejercicios multicomponentes enfocados en la Unidad de caídas como parte del hábito clínico, nos proporciona un mayor rendimiento funcional, los síntomas depresivos disminuyen, la composición corporal mejorada y conlleva una reducción del número de caídas en adultos mayores con caídas previas.

Dávalos (2019), en su estudio cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de depresión e identificar factores de riesgo asociados en los adultos mayores con alto riesgo de caídas atendidos en el servicio de medicina interna del Hospital Pablo Arturo Suárez (HPAS). Es un estudio descriptivo, de corte transversal donde se encuestaron a 271 adultos mayores, todos de 60 años en adelante. Resultados: La prevalencia de depresión fue de 46%, los cuales se asociaron el género masculino en gran proporción, también a la incontinencia urinaria y polifarmacia. Conclusión: La depresión en los adultos mayores es mucho más prevalente en hombres que en mujeres, esto probablemente debido al índice de masculinidad en la población atendida en el HPAS. Además, también está asociada a la dependencia de actividades instrumentales e incontinencia urinaria, como también a la polifarmacia.

Yambay (2020), en su estudio cuyo objetivo fue determinar los cuidados al adulto mayor en prevención de caídas. Es un estudio de tipo descriptivo, la población de estudio estuvo conformada por 12 licenciadas y 12 auxiliares de enfermería que laboran en el servicio de dicha área, en la que se aplicó dos instrumentos que son la encuesta, este permitió la

caracterización socio demográfica y valoración de conocimientos, otro de los instrumentos utilizado es la guía de observación basada en el protocolo Seguridad del Paciente, se demostró los cuidados que el personal de enfermería desarrolla en este grupo de pacientes. Resultados: El sexo femenino prima en el personal de enfermería entre las edades que comprenden de 31 a 50 años con una experiencia de 2 a 4 años, a su vez se demostró que el personal de enfermería valora al paciente en el riesgo de caídas y también identifica los factores de riesgo, para actuar en la prevención de caídas. Conclusión: El 59 % de las licenciadas en enfermería saben el nombre con el que se mide este riesgo “Escala de Morse”, a lo cual se encamina a que desarrollen todas las actividades para la prevención de las caídas. El personal del servicio de Medicina Interna cuenta con un protocolo de Seguridad del Paciente, en el resalta la “Prevención De Caídas” y así mismo, el formulario para informar todos los eventos adversos en los pacientes. De la misma manera las profesionales de enfermería no desarrollan planes de cuidado fundamentados en las taxonomías NANDA, NOC y NIC, esto muestra que la atención brindada requiere de mayor y mejor actualización de conocimientos.

1.2.2 Antecedentes Nacionales

Carrillo (2019), en su estudio cuyo objetivo fue determinar en qué medida la capacidad funcional influye en el riesgo de caída del adulto mayor albergado en el Centro Geriátrico San Vicente de Paul. Este es un estudio descriptivo, observacional, de corte transversal, cuantitativo, prospectivo y correlacional, en el cual se entrevistó a 57 albergados cuyas edades promedio fueron de 80.37 años, de todos el 59.6% fueron varones y el 40.4 % fueron mujeres. Resultados: Los adultos mayores albergados presentaron en mayor proporción dependencia leve (40.35%) en la realización de las actividades básicas de la vida diaria y se puede observar también que el mayor número de dependencia se encuentra en el sexo masculino. El mayor y principal factor de riesgo de caída es la toma de medicamentos con el 100 % de los adultos mayores (57 personas) es decir es un factor condicionante en el total de la muestra. Otro factor

es el déficit sensorial que se encuentra en un segundo lugar con un 71.9 % y el tercer factor es la deambulaci3n con un 64.9 %. Se relacion3 el riesgo de caídas con el sexo en los adultos mayores por lo cual, se obtuvo que en el sexo masculino el 54.38 % se encuentra en Alto riesgo y en caso de las mujeres es de 33.33 %. Conclusi3n: La capacidad funcional influye notoriamente en el riesgo de caídas del adulto mayor albergado en el Centro Geriátrico San Vicente de Paul y en especial en los varones.

Rojas (2019), en su estudio cuyo objetivo fue establecer la relaci3n que existe entre la actividad fısica y los riesgos de caídas en los adultos mayores del distrito de Santa Anita. El estudio present3 un enfoque cuantitativo de alcance correlacional de diseño no experimental y descriptivo correlacional de corte transversal. Se desarroll3 en 250 adultos mayores, con muestra de 50 personas, el 64% de la muestra son mujeres y el 36% fueron varones. Resultados: El nivel de riesgo de caídas es muy alto y son de 66%, de bajo riesgo de caídas son de 34%, los factores de riesgo mäs importante y con mayor influencia son los d3ficits sensoriales en 86%. Presentaron deambulaci3n sin asistencia 86%, con asistencia 14%, ingesta de medicamentos el 46% y el 54% no requiere ingesta de medicamentos, los que presentaron caídas previas, el 54% no tuvo una caıda previa significativa y el 46% si tuvo caıda previa; el 100% de todos los encuestados presentaron estado mental normal. Conclusi3n: El estudio demostr3 que la práctica de la actividad fısica no reduce el riesgo de caídas en los adultos mayores, sino que este influye en otros factores que favorece a disminuir las caídas.

Jara (2020), en su estudio cuyo objetivo fue determinar los efectos del desentrenamiento de 36 semanas sobre los efectos ganados por un programa fisioterapéutico de equilibrio estático - dinámico con el fin de reducir el riesgo de caídas en mujeres adultas mayores, así también determinar los efectos sobre las áreas de equilibrio y marcha. Se realiz3 el test de equilibrio y marcha de Tinetti. Este es un estudio aplicado, cuantitativo, de diseño experimental; y la muestra fue de 30 adultas mayores las que lograron terminar el programa de

entrenamiento de prevención de caídas. Resultado: De las 36 semanas de desentrenamiento, el riesgo de caídas aumento de un bajo riesgo a un mediano riesgo en 1 participante (3.3%), sobre el área de equilibrio el riesgo de caídas aumento de un bajo riesgo a un mediano riesgo en 1 participante (3.3%) y sobre la dimensión marcha los resultados no variaron. Conclusión: Después de las 36 semanas de desentrenamiento, el riesgo de caídas no mostró pérdidas estadísticamente significativas.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

“Determinar el nivel de conocimiento de prevención de caídas de los adultos mayores que asistieron a consulta externa del servicio de Medicina Física y Rehabilitación del INEN, 2022”

1.3.2 Objetivos Específicos

- Saber el nivel de conocimiento de prevención de caídas por sexo de los adultos mayores que asistieron a consulta externa del servicio de Medicina Física y Rehabilitación del INEN, 2022.
- Conocer el nivel de conocimiento de prevención de caídas por edades de los adultos mayores que asistieron a consulta externa del servicio de Medicina Física y Rehabilitación del INEN, 2022.
- Obtener el nivel de conocimiento de prevención de caídas por grado de instrucción de los adultos mayores que asistieron a consulta externa del servicio de Medicina Física y Rehabilitación del INEN, 2022.

1.4 Justificación

Sabiendo estadísticamente que, en casi todos los países, incluyendo al Perú, la población adulta mayor está aumentando y que en algunos años esta cantidad aumentará aún

más, surge la pregunta ¿Será que nuestro país está preparado y calificado para atender a esta gran cantidad de adultos mayores que son vulnerables y susceptibles ante cualquier infortunio? Ellos están en todo el proceso de envejecimiento y cambios fisiológicos, por ello están muy propensos a las caídas, siendo estas tan perjudiciales que los pueden llevar a la muerte.

Aunque se reconoce la magnitud del problema, lamentablemente no se ha dado la suficiente respuesta a este problema, a pesar de que las caídas en el adulto mayor implican un elevado costo sanitario y social para la comunidad de manera directa (costo de tratamiento y rehabilitación), como indirecta (pérdidas de productividad y pensiones por invalidez o viudez). Por todo ello el conocimiento acerca de las caídas y la lucha para prevenirlas, constituye una prioridad social que merece toda la atención de los sectores implicados; siendo esta la base fundamental del presente trabajo que busca disminuir estos sucesos tan tristes y desagradables para los adultos mayores. Teniendo en cuenta que la mayoría de las caídas son potencialmente prevenibles, se identifica la necesidad prioritaria de establecer medidas efectivas para la prevención de las caídas con el fin de evitarlas y evitar las consecuencias que implican dependencia funcional, sobrecarga a la familia y a los cuidadores, y muerte prematura.

II. Marco Teórico

2. 1. Bases Teóricas Del Tema De Investigación

2.1.1 *Envejecer*

Según la OMS (2021) desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a una disminución gradual de las amplias capacidades físicas y mentales, un aumento significativo del riesgo de enfermedades, y finalmente a la muerte. Ahora bien, esos cambios no son lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa, ya que depende del estilo de vida que desarrolló durante todos los años anteriores. Si bien algunos septuagenarios disfrutan de una excelente salud y se desenvuelven perfectamente, otros son frágiles y necesitan ayuda considerable o son dependientes. Además de los cambios biológicos, el envejecimiento también está asociado con otras transiciones de la vida como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas, y la muerte de amigos y pareja. En la formulación de una respuesta de salud pública al envejecimiento, es importante tener en cuenta no solo los elementos que amortiguan las pérdidas asociadas con la vejez, sino también los que pueden reforzar o aumentar la recuperación, la adaptación y el crecimiento psicosocial. Se estima que, en el 2030, una de cada seis personas en el mundo tendrá 60 años o más. En ese momento, el grupo de población de 60 años o más habrá subido de 1000 millones en 2020 a 1400 millones aproximadamente. En el año 2050, la población mundial de personas en esa franja de edad se habrá duplicado (2100 millones). Se prevé que el número de personas de 80 años o más se triplique entre 2020 y 2050, hasta alcanzar los 426 millones.

Envejecer no es definición de enfermedad, sino es un cambio fisiológico normal de la vida. En general a todo, se considera que se inicia al terminar la fase de crecimiento y madurez

de cada individuo; al principio sus signos son muy imperceptibles y van siendo más visibles o perceptibles con el tras paso del tiempo. (Queralt, 2016)

Los Factores que influyen en el envejecimiento saludable se podrían considerar según la OMS (2021) que las variaciones en la salud de todos los adultos mayores son genéticas, los entornos físicos y sociales que revisten gran importancia, en especial las viviendas, vecindario y comunidades, así como sus características propias de cada persona, como el sexo, la etnia o el nivel socioeconómico.

También estos factores pueden empezar a contribuir en el proceso de envejecimiento en una etapa inicial. Los entornos en los que se vive durante toda la niñez o incluso en la fase embrionaria adicionando con las muchas características personales, tienen efectos tanto a mediano como a largo plazo en la forma de envejecer. (OMS, 2021)

Se afirma directamente que los factores relacionados de gran importancia son los siguientes:

Los entornos en el que se vive también presentan una gran influencia en el establecimiento y mantenimiento de hábitos saludables que cada persona decide adoptar. El mantenimiento de hábitos saludables a lo largo de la vida, de forma especial llevar una dieta equilibrada, realizar actividad física constantemente y abstenerse de hábitos dañinos como fumar, contribuye a disminuir el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles y a mejorar las facultades físicas y mentales. En la vejez mantener esos hábitos es importante. El mantenimiento de la masa muscular mediante el ejercicio y una buena nutrición pueden ayudar a preservar la función cognitiva, retrasar la dependencia y revertir la fragilidad. Los buenos entornos permiten desarrollar las actividades que son importantes para las personas y sobre todo para los adultos mayores, a pesar de la pérdida de facultades. Edificios y transporte

públicos seguros y accesibles para cualquier edad, y lugares por los que sea fácil caminar, son ejemplos de entornos propicios. (OMS, 2021)

2.1.2 Adulto Mayor

Según los criterios de la OMS, se define como adulto mayor o anciano toda persona mayor de 60 años, subdivididos en las siguientes categorías: edad avanzada entre 60-74 años, viejos o ancianos entre 75-89 años, grandes viejos o longevos entre 90-99 años y centenarios más de 100 años. (Reyes, 2018)

Según las Leyes Peruanas, la Ley N.º **30490** “Ley de la persona Adulta Mayor, Título I “Disposiciones generales”, capítulo I “Objeto, Sujeto, Definición y Rectoría”, Artículo II “persona Adulta Mayor”, nos dice lo siguiente: “Entiéndese por persona adulta mayor a aquella que tiene 60 o más años de edad”. (El Peruano, 2016, p.01)

Los cambios en todos los aspectos que se producen en el ser humano son mucho más notorios a partir de los 60 años en adelante. El cuerpo presenta cambios tanto fisiológicos, físicos, etc. Entre estos cambios muy significativos se presentan los siguientes:

- Cambios en la salud: aumenta la prevalencia de enfermedades (morbilidad y mortalidad).
- Cambios nutricionales: las necesidades metabólicas ya no son las mismas, y por tanto la alimentación debe ser más específica.
- Cambios en la eliminación: pueden aparecer incontinencias, que tienen consecuencias psíquicas y sociales muy importantes para el anciano.
- Cambios en la actividad: el ritmo de ejercicio disminuye, si bien es más necesario que nunca que el individuo se mantenga activo.
- Cambios en el sueño: el patrón de descanso cambia, el individuo no sigue rutinas.

- Cambios en la percepción: los órganos de los sentidos pueden verse afectados, lo que lleva a problemas sensoriales (sordera, problemas de visión.,)
- Cambios sociales: las relaciones sociales y los roles son distintos, incluso dentro de la familia. Muchas veces la persona tampoco se implica activamente en la sociedad.
- Cambios sexuales: por limitaciones físicas en órganos sexuales, y pensamientos erróneos arraigados en la sociedad.
- Cambios en el autoconcepto: la actitud, la identidad, así como la imagen corporal de uno mismo cambia, y suele ser negativa. Disminuye la autoestima. (Acera, 2020)

Según los datos referente a la epidemiología podemos notar que en la actualidad y en futuro la información es la siguiente:

Algunos datos de importantes de la población del Perú muestran que existen aproximadamente 4 millones 140 000 personas de 60 a más años de edad de los cuales representan el 12,7 % de la población total, hasta el año 2020. También, del total de la población de adultos mayores, el 52,4% son mujeres (2 millones 168 000) y 47,6% hombres (1 millón 973 000). En la división según el género, tenemos que las mujeres adultas mayores representan el 13,2% del total de la población femenina del país y los hombres adultos mayores el 12,2% del total de la población masculina. (INEI, 2020)

En el tercer trimestre del año 2021, el 24,8% de los hogares del país tenía como jefe o jefa a una persona adulta mayor, registrándose un incremento de 0,8 puntos porcentuales en comparación con similar trimestre del año 2020, así lo dio a conocer el Instituto Nacional de Estadística e Informática, en el informe técnico Situación de la Población Adulta Mayor, elaborado con los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares. (INEI, 2021)

Según sexo, en el país hay más mujeres que hombres de 60 y más años de edad como cabezas de hogar. Así, del total de hogares que son conducidos por mujeres, el 27,5% son adultas mayores, mientras que los hogares conducidos por adultos mayores hombres representan el 23,4%.

Por área de residencia, en el ámbito rural, el 36,9% de los hogares son conducidos por adultas mayores mujeres; el 24,4% por adultos mayores hombres; registrando una diferencia de 12,5 puntos porcentuales. En el área urbana, las adultas mayores mujeres que son jefas de hogar representan el 25,6% y los hombres el 23,1%. El 39,0% de los hogares del país tienen entre sus miembros al menos una persona adulta mayor. Cuatro de cada diez hogares del país cuentan entre sus miembros al menos con una persona de 60 y más años de edad. En Lima Metropolitana, la proporción de hogares con alguna persona adulta mayor es de 41,8%, en el área rural es de 40,6% y en el resto urbano es de 36,2%. Se incrementa población adulta mayor con cobertura del Seguro Integral de Salud.

En el trimestre de análisis, el 47,8% de la población de 60 y más años de edad tenía Seguro Integral de Salud (SIS), cobertura que se incrementó en 6,6 puntos porcentuales respecto a similar trimestre del año 2020 (41,2%). En tanto que, el 35,2% de este grupo poblacional está afiliado a EsSalud, es decir, 2,2 puntos porcentuales menos que en igual trimestre del año 2020 (37,4%). Cabe señalar que, del total de la población adulta mayor de 60 y más años de edad, el 88,0% tiene algún seguro de salud (público o privado), esto representa un incremento de 3,1 puntos porcentuales en comparación con similar trimestre del año anterior. El 83,2% de la población adulta mayor femenina presentó algún problema de salud crónico. En el tercer trimestre del año 2021, el 83,2% de la población femenina de 60 y más años de edad presentó algún problema de salud crónico; mientras que en el caso de la población adulta mayor

masculina lo presentó el 71,9%, registrándose una diferencia de 11,3 puntos porcentuales entre ambos géneros. Más mujeres que hombres de 60 y más años de edad padecen de alguna discapacidad. En el trimestre de análisis, del total de la población que padece alguna discapacidad, el 44,6% son adultos mayores. En el caso de las mujeres que padecen alguna discapacidad, el 50,4% son adultas mayores; mientras que, en el caso de los hombres, el 39,1%. Cabe mencionar que la incidencia de discapacidad es mayor en el área rural (52,0%), que en el área urbana (41,8%). Por grupos de edad, de los adultos mayores que presentan alguna discapacidad, el 13,3% tienen de 60 a 70 años y el 31,3% de 71 a más años de edad. (INEI, 2021)

2.1.3 Caídas en el Adulto Mayor

Según la OMS (2021), las caídas se definen como “acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga”.

El doctor Blaque Pavez (2018), sostiene que, en el adulto mayor, este tipo de accidentes se produce tanto por razones fisiológicas asociadas al envejecimiento y por enfermedades predisponentes, como también por motivos ambientales. Las personas que son más activas tienden a caerse con más frecuencia en la calle, y aquellas más frágiles suelen hacerlo al interior de sus hogares, realizando tareas cotidianas, como ir al baño, agacharse a recoger un objeto, intentar buscar algo en altura o al tropezarse con una mascota.

La edad es uno de los principales factores de riesgo de las caídas en los seres humanos. Los ancianos son quienes corren mayor riesgo de muerte o lesión grave por caídas, y el riesgo aumenta con la edad. Por ejemplo, en los Estados Unidos de América un 20 a 30% de las personas mayores que se caen sufren lesiones moderadas o graves o hasta la muerte, tales como hematomas, fracturas de cadera o traumatismos

craneoencefálicos. La magnitud del riesgo puede deberse, al menos en parte, a los trastornos físicos, sensoriales y cognitivos relacionados con el envejecimiento, así como a la falta de adaptación del entorno a las necesidades de la población de edad avanzada. (OMS, 2021)

El adulto mayor está mucho más propenso a caerse, por todos los cambios ya mencionados, estas caídas están relacionadas a los factores que producirán las caídas en ellos, por los que pueden ser factores intrínsecos como extrínsecos.

Se señala los siguientes factores según un autor:

Entre los factores de riesgo se encuentran los factores intrínsecos y extrínsecos

A. Factores Intrínsecos. propios del paciente y que serán determinados por los cambios fisiológicos referentes a la edad

✓ Causas Neurológicas.

- Trastornos laberínticos: isquémicos, infecciosos, traumáticos.
- Accidente vascular cerebral
- Enfermedad de Parkinson
- Demencia Alteraciones musculares
- Mielopatías
- Insuficiencia vertebrobasilar
- Alteraciones cerebelosas
- Alteraciones cognitivas, cuadros confusionales
- Convulsiones

✓ Causas Cardiovasculares.

- Hipersensibilidad del seno carotídeo
- Infarto de miocardio
- Miocardiopatía obstructiva
- Arritmias cardíacas
- Embolia pulmonar
- Hipotensión arterial
- Ortostatismo
- Valvulopatías

✓ Causas Musculoesqueléticas.

- Deformidades de la columna vertebral
- Artrosis
- Artritis
- Miositis
- Fracturas
- Debilidad muscular

B. Factores Extrínsecos. Corresponden a los llamados factores ambientales, del entorno arquitectónico, o bien de elementos de uso personal, y contribuyen hasta en el 50% de las caídas.

✓ Barreras Arquitectónicas en el Hogar:

- Mobiliario inadecuado y quebradizo
- Ducha o bañera resbaladiza sin barras
- Escaleras sin barandillas y con escalones desgastados o grandes
- Estantes elevados
- Iluminación deficiente
- Presencia en el suelo de cables u otros obstáculos que induzcan a la caída
- Animales domésticos
- Suelos resbaladizos e irregulares
- Camas altas
- Lavabos y retretes muy bajos
- ✓ Costumbres Peligrosas:
 - Caminar descalzo
 - Usar pastillas de jabón
 - Subirse en sillas, taburetes o escaleras
 - Giros y movimientos bruscos del cuello o del cuerpo
 - Cambios bruscos de postura
 - Esfuerzos físicos excesivos para su edad
 - Uso de drogas y alcohol
 - Dieta incorrecta
 - Uso de calzado inadecuado (Álvarez, 2015, p. 807-810)

2.1.4 Consecuencias De Las Caídas:

Las caídas van a presentar muchas consecuencias de diferente gravedad, de las cuales la mayor de ellas es la muerte, estas caídas se asocian a importantes consecuencias físicas, psicológicas, sociales y económicas, de las cuales se detalla a continuación:

a) **Físicas.** Incluyen contusiones, heridas, desgarros, fracturas, traumatismos encefálicos, torácicos y abdominales. Si la persona permaneció mucho tiempo en el suelo, puede presentar deshidratación, úlceras e infecciones. Se estima que el 1% de las caídas produce fracturas; sin embargo, el 90% de las fracturas presenta el antecedente de una caída previa. La incidencia de fractura aumenta exponencialmente con la edad a partir de los 50 años. Hasta los 75 años, las fracturas más frecuentes se producen en las extremidades superiores (al colocar las manos). Por encima de esa edad son más frecuentes en los miembros inferiores por pérdida del reflejo de apoyo (fractura de cadera).

b) **Psicológicas.** la más importante es el síndrome post caído que se caracteriza por el miedo a volver a caer. Esto supone cambios en el comportamiento, con la declinación funcional, ya mencionada. Entre el 9 y 26% de las personas que sufrieron una caída, reconocen haber cambiado sus hábitos. En los pacientes que se fracturaron, el impacto sobre la calidad de vida es doble: físico y psíquico debido al miedo a caer. En algunos casos se ha reportado que ese temor se prolongó hasta tres años en el tiempo. A las limitaciones funcionales por caída (dolores, impotencia funcional) se añaden la ansiedad y el miedo a repetir un evento. Por otra parte, la familia puede ejercer un papel negativo, sobreprotegiendo al individuo.

c) **Socioeconómicas.** los pacientes que sufren caídas realizan más consultas al médico, al servicio de emergencias, aumentan el ingreso en hospitales o instituciones geriátricas. Los costos indirectos se refieren a un aumento en la necesidad de cuidados y en los gastos sociosanitarios. (Quintar & Gilber, 2014, pp.278-286)

También las consecuencias de las caídas se pueden clasificar según el tiempo como inmediatas y tardías, y algunos ejemplos son las siguientes:

- Inmediatas:
 - Lesiones menores en partes blandas y fracturas, que son más frecuentes en la cadera, el fémur, el húmero, las muñecas y las costillas. También se debe considerar la posibilidad de un hematoma subdural, después de un deterioro cognitivo no explicable.
 - La dificultad para levantarse se produce en el 50% de los casos, y el 10% permanece en el suelo más de una hora, lo cual puede provocar deshidratación, infecciones y trastornos psicológicos, y en algunos puede producirse un cuadro de hipotermia capaz de generar la muerte en el 90% de los casos.

 - Tardías:
 - Limitación funcional que puede llevar a la inmovilidad con todas sus complicaciones.
 - Síndrome post caído, caracterizado por la falta de confianza del paciente en sí mismo, por miedo a volver a caerse y restricción de la deambulación, ya sea por él mismo o por sus cuidadores, llegando al aislamiento y a la depresión.
- (Álvarez, 2015)

2.1.5 Medidas de Prevención de Riesgo de Caídas:

En un número elevado de casos las caídas son evitables y se pueden prevenir. Para llevar a cabo una prevención eficaz de las caídas debemos abordarlas de manera multidisciplinaria. Por lo tanto, deberemos identificar las causas y los factores de riesgo y

actuar sobre ellos, disminuyendo o eliminándolos en la medida de lo posible, para así poder evitar todas las trágicas consecuencias. Entre estas, Guerrero (2016) menciona lo siguiente:

- Cuidados Generales
 - Realizar un buen seguimiento del estado de salud y el control de la medicación del paciente
 - En caso de que el residente presente agitación, valorar la necesidad de cambio de tratamiento y/o utilizar contenciones mecánicas, en caso que sea estrictamente necesario
 - Es muy importante que los profesionales “no vayan con prisas”, no dejen a los residentes solos y que presten atención a lo que hacen.
- Iluminación:
 - Buena iluminación en general (evitar áreas mal iluminadas)
 - Tener interruptores cerca de las puertas y de la cama, que estén accesibles
 - Se aconseja la instalación de “luces nocturnas”, que son pequeños pilotos que se encienden durante la noche.
- En el Baño:
 - Instalar barras de sujeción, tanto en el retrete y/o ducha, que ayuda a: incorporarse, agarrarse, levantarse y/o moverse
 - También resultan de gran ayuda los asientos o sillas en la ducha
- Suelos:
 - Evitar suelos irregulares, deslizantes y resbaladizos, con desniveles y desperfectos

- El suelo debe mantenerse seco, hay que evitar que se puedan caer porque el suelo esté mojado
- Eliminar obstáculos, aquellos elementos que puedan entorpecer la marcha, sobre todo en las zonas de paso.
 - Calzado:
 - Procurar utilizar zapatos cómodos, que sujeten bien el pie. Se deben evitar zapatillas abiertas por detrás y el calzado demasiado flojo, porque no sujetan bien el pie
 - Es importante proveer un buen apoyo y amortiguación del talón, por lo que deben ser firmes
 - Además, se recomienda que las suelas sean antideslizantes
 - Pasillo:
 - Es recomendable que el pasillo disponga de pasamanos/barandillas (al menos a un lado), en los laterales, para que los residentes puedan sujetarse y mantener más la estabilidad.
 - Dispositivos de ayuda:
 - Utilizar dispositivos de ayuda, tales como bastones y andadores, que ayudan a aumentar la base de sustentación y de apoyo
 - Dejar frenadas las sillas de ruedas
 - Barandas firmes y seguras en la cama
 - Evaluar la necesidad de la utilización de dispositivos visuales y auditivos (gafas y audífonos) y revisar su buen estado.

La OMS (2021), afirmó lo siguiente:

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

Los programas eficaces de prevención de las caídas tienen como objetivo reducir el número de personas que las sufren, disminuir su frecuencia y reducir la gravedad de las lesiones que producen. Los programas de prevención de las caídas en los ancianos pueden incluir varios componentes para identificar y modificar los riesgos, tales como:

- Ejercicios para mejorar la marcha y el equilibrio y entrenamiento funcional.
- Práctica del taichí.
- Evaluación de la vivienda y modificación de su diseño.
- Reducción o eliminación del consumo de psicótopos.
- Intervenciones multifactoriales, como evaluaciones individuales del riesgo de caídas, seguidas de intervenciones y derivaciones médicas en función de los riesgos detectados.
- Suplementos de vitamina D para personas con deficiencia de esta sustancia. (OMS, 2021)

A parte de las intervenciones descritas, hay otras que se considera necesarias aplicar, aunque aún no estén respaldadas por un corpus de investigaciones porque, por su naturaleza, es poco o menos probable que sean objeto de estudios de calidad, ya sea porque sea complicado

llevar esas investigaciones o porque las intervenciones parecen tan lógicas o evidentes que no se considera necesario estudiarlas. Algunas de estas intervenciones son:

- Vallar las zonas peligrosas o restringir el acceso a ellas.
- Promover políticas y normas para los parques infantiles que obliguen a que las superficies donde se juega sean blandas y a que se limite la altura desde donde se puedan producir caídas.
- Aplicar sistemas funcionales de salud y seguridad en el trabajo.
- Usar arneses, sistemas de retención, sistemas anticaídas y andamios seguros para las personas que trabajan a cierta altura.
- Exigir a los propietarios que habiliten debidamente las viviendas y hacer cumplir las normas de construcción.
- Mejorar la accesibilidad del entorno y los espacios públicos, como las aceras.
- Garantizar que haya la debida proporción de personal para el número de internos en las residencias de mayores. (OMS, 2021)

III. Método

3.1 Tipo de Investigación

Esta investigación es de tipo descriptiva, porque busca recopilar y describir información dada por los pacientes, es de tipo prospectiva, porque se obtiene la información actual y futura, es observacional, porque se limita a observar los resultados sin intervenir y es transversal, porque se recopila los datos en un solo momento.

3.2 Ámbito Temporal y Espacial

3.2.1 Ámbito Temporal

La recolección de datos se realizó en 5 días en el año 2022, donde se pudo captar toda la información requerida.

3.2.2 Ámbito Espacial

El estudio fue realizado en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) perteneciente al distrito de Surquillo, Lima Perú.

3.3 Variables

3.3.1 Operalización de variable

Univariable: Conocimiento de prevención de caídas

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	ITEM INDICADOR	CRITERIO DE MEDICION	ESCALA DE MEDICION	VALOR FINAL
Edad	Tiempo que ha vivido un apersona a partir de los 60 años en adelante	60-74 75-89 90-99		Ordinal	
Sexo	Diferencias fisiológicas innatas entre varón y mujer	a)Masculino b)Femenino		Nominal	
Estado Civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, proveniente del matrimonio o parentesco	a) Soltero b) casado o conviviente c) Viudo		Nominal	
Nivel de Instrucción	Nivel educacional de una persona recibida por parte de un centro educativo del estado o particular	a) Primaria b) Secundaria c) Técnico d) Superior universitario e) Ninguno		Ordinal	

<p>Conocimien to de prevención de caídas</p>	<p>Tener conocimiento de las consecuencias trágicas de una caída y saber cómo poder prevenir estas caídas sea en casa o afuera de ella</p>	<p>1. ¿Qué son las caídas? 2. ¿Las caídas en el adulto mayor, se pueden prevenir? 3. ¿Qué factores de riesgo pueden condicionar una caída? 4. ¿Cuáles son las complicaciones de las caídas? 5. Las complicaciones, después de una caída son: 6. ¿Cuáles son las situaciones más frecuentes que inducen a las caídas? 7. Al caerse usted debe:</p>	<p>Alto Medio Bajo</p>	<p>Intervalo</p>	<p>14-20 07-13 00-06</p>
---	--	---	--	------------------	--

		<p>8. ¿Quiénes presentan mayor riesgo de presentar una caída?</p> <p>9. Sobre la técnica ante una caída,</p> <p>10. ¿Qué ejercicios deben realizarse para prevenir las caídas?</p>			
--	--	--	--	--	--

3.4 Población y Muestra

3.4.1 Población

La población de estudio estuvo constituida por 100 adultos mayores que asistieron a consulta externa del servicio de Medicina Física y Rehabilitación en el INEN, el día programado

3.4.2 Muestra

La muestra es censal, ya que se encuestó a los adultos mayores aptos que acudieron los días programados a consulta externa del servicio de medicina física y Rehabilitación. La cantidad fue de 100, ya que el número aproximado de atención por día en el Instituto en adultos mayores son 20, por ello se asistió 5 días para la recolección de datos.

La técnica empleada del muestreo fue no probabilística por conveniencia.

3.4.3. Criterios de Inclusión

- Adultos mayores de 60 años a más, de ambos sexos
- Adultos mayores atendidos en consulta externa del servicio de Medicina Física y Rehabilitación en INEN
- Adulto mayor que se encuentra orientado en tiempo, espacio y persona.
- Adulto mayor que acepte y posibilite la aplicación del instrumento.
- Adulto mayor que no presente alteraciones que impidan la comunicación y el aprendizaje.

3.4.4 Criterios de Exclusión

- Adultos mayores con problemas mentales y desorientados
- Adultos mayores en estado inconsciente
- Adultos mayores que se nieguen a participar de la investigación.
- Adultos mayores que no tengan un diagnóstico neoplásico

3.5 Instrumento

Para la recolección de datos se empleó la técnica de entrevista y como instrumento un cuestionario dirigido al adulto mayor. El cuestionario fue elaborado por Camino (2012) para el estudio de “Capacidad de autocuidado en la prevención de caídas que tienen los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Tablada de Lurín, 2011” y fue modificado por los autores Beas y Lorenzo, el cual fue utilizado para el estudio de investigación de “Efectividad del programa educativo Protegiendo Mi Salud Física, en el nivel de conocimiento sobre prevención de caídas en el adulto mayor, puesto de salud Villa María, Nuevo Chimbote, 2015” (Beas Vereau & Lorenzo Miranda, 2015), esta ficha fue evaluada por un Juicio de Expertos, de tal forma que se halló validez de contenido y en la confiabilidad se utilizó el coeficiente de Alfa de Cronbach. Donde se considera válido cuando se acerca el índice al extremo 1. El resultado de esto fue 0,8.

La estructura del cuestionario comprendió tres partes; la primera, es la presentación; la segunda, los datos generales y la tercera, conocimientos sobre prevención de caídas que consta de 10 ítems.

Cada alternativa tuvo un valor de 2 puntos si la respuesta es correcta y 0 puntos si es incorrecta, siendo en su totalidad 20 puntos. Se determinaron los siguientes criterios con el objetivo de evaluar el nivel de conocimiento de los adultos mayores sobre la prevención de caídas.

Nivel de Conocimiento	Puntaje
Alto	14 - 20
Medio	07 - 13
Bajo	00 – 06

3.6 Procedimiento

Primero se realizó los trámites administrativos correspondientes en el Departamento de Investigación del INEN, los comités institucionales con el fin de obtener la autorización y la facilidad de proceder con la investigación en el Instituto, luego que fue aprobado el protocolo de investigación, se realizó los trámites administrativos en el Departamento de Ética, para obtener la autorización final y poder aplicar el instrumento.

Se obtuvo la autorización y las facilidades para poder aplicar el cuestionario a todos los pacientes adultos mayores que asistieron a Consulta Externa del servicio de Medicina física y Rehabilitación los 5 días que se encuestó.

En la sala de espera se les explicó el proceso del cuestionario a cada uno y se les pidió su consentimiento para que puedan participar de la presente investigación, luego de estar de acuerdo firmaron el consentimiento informado. Varios de ellos presentaron problemas visuales o también analfabetismo, por ello se les ayudó, se les leyó cada ítem del cuestionario y se marcó la respuesta que ellos indicaban.

La información recolectada fue tabulada de acuerdo a la operacionalización de las variables, al realizar el análisis estadístico a través de la aplicación Software Microsoft Excel, de acuerdo a los adultos mayores participantes.

3.7 Análisis de Datos

Para el procesamiento de la información recolectada, se utilizó Software de estadístico SPSS versión 18 para la obtención de porcentajes, índices de confianza

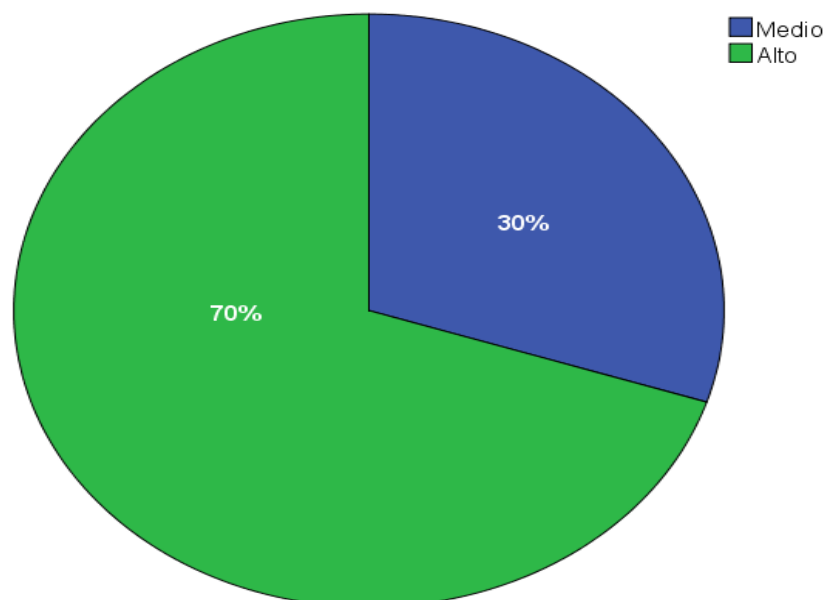
3.8 Consideraciones Éticas

Se gestionó el permiso al director del Departamento de Ética y al comité encargado, para el desarrollo de esta investigación El informe de los datos de las pacientes mencionadas fue totalmente reservado, así como la autenticidad e integridad de los resultados que se hallaron.

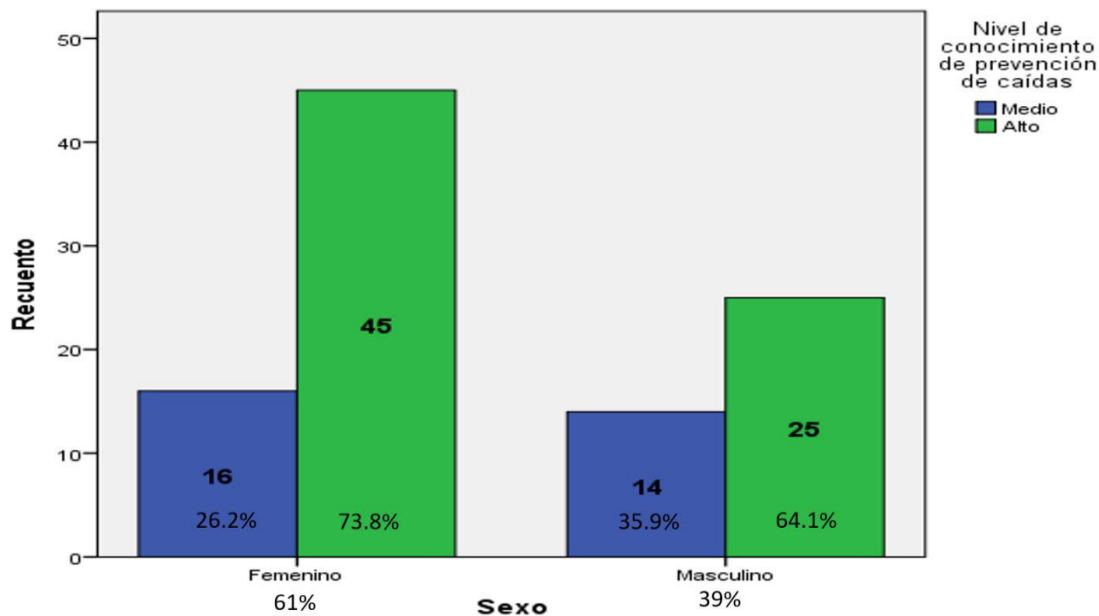
IV. Resultados

Figura 1

Nivel de conocimiento de caídas



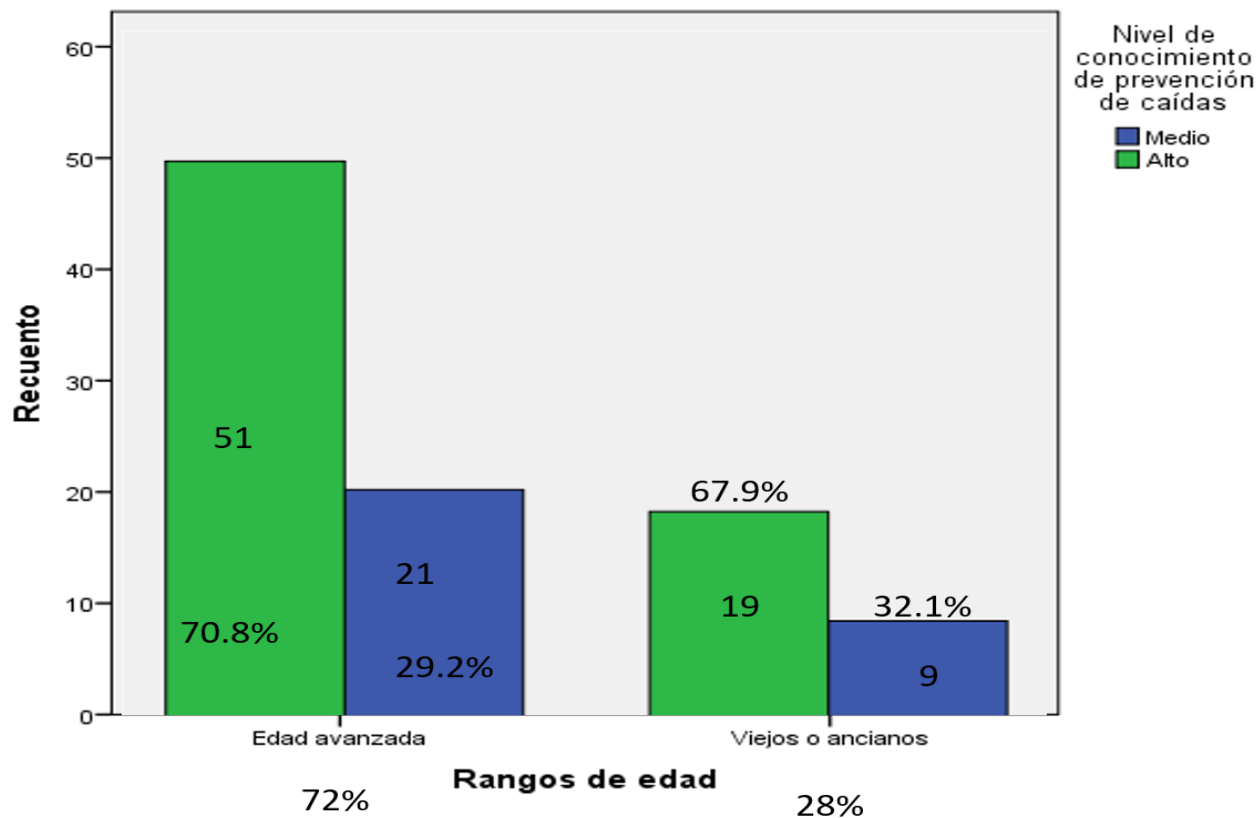
En la figura 1 se observa el nivel de conocimiento de prevención de caídas de los adultos mayores que asistieron al servicio de medicina física y rehabilitación del INEN en el 2022, donde se encontró que el nivel medio contó con 30 encuestados y representó 30% y el nivel alto con 70 encuestados y representó el 70% del total que fueron 100 pacientes; nivel bajo no se encontró.

Figura 2*Conocimiento según el sexo*

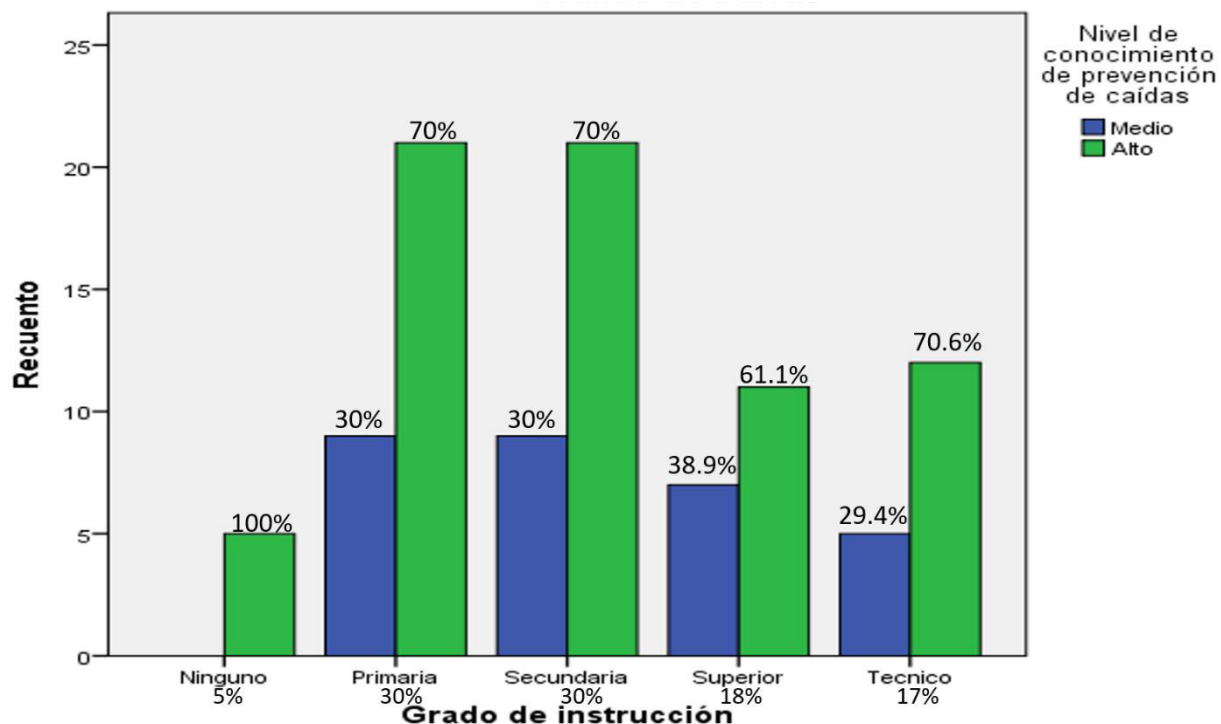
En la figura 2 se observa el nivel de conocimiento de prevención de caídas según la clasificación por sexo, de todos los encuestados 61 fueron mujeres y representan el 61% y 39 fueron varones, que representan 39%. Se encontró que, del sexo femenino, 26.2% presentaron un conocimiento nivel medio y un 73.8% nivel alto y según el sexo masculino se encontró que el 35.9% presentó un conocimiento nivel medio y un 64.1% un nivel alto. Y comparando ambos sexos, en el nivel medio, el femenino representó 26.2% y masculino el 35.9%; pero en el nivel alto el sexo femenino representó el 73.8% y el masculino 64.1%.

Figura 3

Conocimiento según el rango de edad



En la figura 3 se observa el nivel de conocimiento de prevención de caídas según la clasificación por grupo de edad, donde se encontró que del grupo de edad avanzada (60 - 74 años) fueron 72 pacientes que representan el 72% y del grupo de viejos o ancianos (75 – 89) fueron 28 que son el 28%. Se encontró que de la edad avanzada 29.2% presentaron un nivel de conocimiento medio y 70.8% un nivel alto y según el grupo de viejos o ancianos, 32.1% presentaron un nivel de conocimiento medio y 67.9% nivel alto. En comparación con los dos grupos, en el nivel medio la edad avanzada presentó 29.2% y los viejos o ancianos presentaron 32.1%, pero en el nivel alto la edad avanzada presentó 70.8% y los viejos o ancianos presentaron 67.9%.

Figura 4*Conocimiento según grado de instrucción*

En la figura 4 se observa el nivel de conocimiento de caídas según la clasificación por grado de instrucción, donde se encontró que los que no presentaron grado de instrucción fueron 5 que representan el 5%, los de primaria fueron 30 que representan el 30%, los de secundaria 30 que son el 30%, los de superior 18 que son el 18% y los técnicos fueron 17 que representan el 17%. Se encontró que los de Ningún grado de instrucción el 100% presentó nivel alto, de los de Instrucción primaria el 30% presentó nivel medio y 70% nivel alto, de los de instrucción secundaria el 30% presentó nivel medio y el 70% nivel alto, de los de instrucción superior el 38.9% presentó nivel medio y el 61.1% nivel alto y de los de instrucción técnica el 29.4% presentó nivel medio y el 70.6% nivel alto. En comparación los cinco grados de instrucción, en el nivel medio, primario fue de 30%, el secundario fue de 30%, el superior fue de 38.9% y el técnico fue de 29.4% y en el nivel alto, ningún grado de instrucción fue de 100%, primaria 70%, secundaria 70%, superior 61.1% y técnico 70.6%.

V. Discusión de Resultados

En el presente estudio encontramos tres niveles de conocimiento de prevención de caídas, donde obtenemos porcentajes del nivel medio y alto, que son 30% y 70% respectivamente; no encontramos nivel bajo, por lo cual entendemos que todos poseen cierto conocimiento respecto al tema.

El nivel de conocimiento de prevención de caídas lo clasificamos según el sexo, edad y grado de instrucción. En relación al sexo, pudimos encuestar más a las mujeres que varones, ellas eran 61 y ellos 39, de las cuales en porcentaje se encontró en las mujeres 26.2% en nivel medio y 73.8% en nivel alto, y en los varones encontramos en el nivel medio 35.9% y 64.1% en nivel alto. Se puede deducir que no existe asociación entre el sexo con respecto al nivel de conocimiento de prevención de caídas, de acuerdo al análisis del Chi- cuadrado con un nivel de confianza al 95% ($p < 0,001$), $p = 0,303$

En el nivel de conocimiento según la edad, la OMS divide en grupos o categorías que son: edad avanzada entre 60-74 años, viejos o ancianos entre 75-89 años, grandes viejos o longevos entre 90-99 años y centenarios más de 100 años. En este estudio solo encontramos de los dos primeros grupos y según los resultados en la edad avanzada tenemos 29.2% en nivel medio y 70.8% en nivel alto; y en el grupo de viejos o ancianos podemos encontrar 32.1% nivel medio y 67.9% nivel alto. Se puede deducir que no existe asociación entre la edad con respecto al nivel de conocimiento de prevención de caídas, de acuerdo al análisis del Chi- cuadrado con un nivel de confianza al 95% ($p < 0,001$), $p = 0,771$

En el nivel de conocimiento según el grado de instrucción, encontramos 5 niveles, de ellos 5 no tenían ningún grado de instrucción y ellos presentaron 100% de nivel alto de conocimiento, grado de instrucción solo primaria fueron 30, de ellos 30% son nivel medio y 70% nivel alto, de secundaria fueron 30, de ellos 30% son nivel medio y 70% nivel alto,

superior fueron 18, de ellos 38.9% de nivel medio y 61.1 nivel alto y el último es de técnico con 17, de ellos 29.4% son nivel medio y 70.6% nivel alto. Se puede deducir que no existe asociación entre el grado de instrucción con respecto al nivel de conocimiento de prevención de caídas, de acuerdo al análisis del Chi- cuadrado con un nivel de confianza al 95% ($p < 0,001$), $p = 0,588$

En la presente investigación se deduce que el nivel de conocimiento de prevención de caídas no depende de las características físicas de una persona, ni de la edad, ni del grado de instrucción.

Según los hallazgos de otros estudios en, los antecedentes, en relación a las caídas detallan que la depresión, la ingesta de medicamentos y déficit sensorial presentan un alto factor de riesgo de caídas, siendo la población de este estudio pacientes con depresión, consumo de medicamentos y déficit sensorial adicionando las quimioterapias, radioterapias, hormonoterapias, etc. Pero el llevar o practicar un programa de ejercicios y conocer todo sobre las caídas, todo esto si bien es cierto no reduce el riesgo de caídas en los adultos mayores, pero sí influye en factores que favorecen a disminuir las caídas. En relación con este estudio, sobre conocer todo sobre la prevención de las caídas y preparar su capacidad funcional mediante diferente programas y talleres, ayuda mucho a que los adultos mayores estén preparados ante una caída. A la vez que la familia influirá mucho en ellos, porque la depresión es un factor tan mortal y por más que tenga mucho conocimiento sobre el tema y esté preparado, pero si se encuentra en depresión estará altamente en riesgo de sufrir una caída mortal.

VI. Conclusiones

- 6.1 El conocimiento sobre la prevención de caídas es tan vital para todas las personas en especial para los adultos mayores que atraviesan un proceso oncológico, ya que, con esta información, aunque sea pequeña, puede ayudar a evitar eventos tristes por alguna fractura o hasta la muerte.
- 6.2 En esta investigación se puede concluir que los pacientes poseen un nivel de conocimiento alto sobre las caídas que es un 70%, esto es bueno ya que ellos están mucho más propensos por todo lo que atraviesan día a día en su proceso oncológico. Por otro lado, ellos están interesados en aprender y desean mayor información de cómo evitar una caída, porque son muy conscientes del peligro de ellas.
- 6.3 No existe una persona que no tenga ninguna información sobre el tema, todos poseen alguna información y depende de cada uno practicarlos.
- 6.4 No existe una asociación entre el sexo, la edad y el grado de instrucción y el conocimiento de prevención de caídas.
- 6.5 La mayor cantidad de pacientes ya paso por la experiencia de caerse, y ellos tienen el temor de volver a repetir el mismo suceso, por ello están con el deseo de aprender y poder participar de alguna charla informativa en referente del tema.
- 6.6 El asistir a sus sesiones de terapia física le ayudan a que ellos puedan fortalecer sus músculos, mejorar su compliance muscular, ayudar a mejorar su equilibrio y estabilidad. Esto ayuda a que ellos puedan estar más atentos y su propia condición los ayude a cómo evitar una caída por el hábito de practicar en casa los ejercicios dejados en su terapia. Es por ello que tienen alguna información sobre el tema.

VII. Recomendaciones

- 7.1 Se recomienda al jefe del departamento de medicina física y rehabilitación proporcionar mayor información sobre cómo evitar las caídas y qué hacer ante una caída, mediante charlas informativas consecutivamente y brindarles trípticos donde contengan información detallada y fácil de entender.
- 7.2 Se propone al servicio de medicina física y rehabilitación evaluar constantemente a los adultos mayores en los ítems de equilibrio y estabilidad para la marcha y para evitar una caída.
- 7.3 Se sugiere que el adulto mayor no viva solo y que no vaya a su cita de medicina física si es que no viene acompañado.
- 7.4 Se aconseja tener carteles o paneles informativos sobre el tema en lugares públicos donde todos puedan aprender más sobre el tema
- 7.5 Evitar la vida sedentaria
- 7.6 Se incentiva a la Municipalidad desarrollar actividades sociales grupales de adultos mayores donde los fisioterapeutas enseñen programas de acondicionamiento físico, para fortalecer las defensas y como protegerse en una caída mediante ciertos métodos de ejercicios.
- 7.7 Se debería Brindar información en los canales de televisión sobre el tema e incentivar a la práctica de ejercicios para evitar las caídas.
- 7.8 En los centros de salud, que son las más cercanas y de fácil acceso para las personas, debería desarrollar actividades con mayor frecuencia para los adultos mayores, en donde los terapeutas puedan desarrollar talleres de promoción y prevención de la salud incluido el tema de las caídas. Ya que son muy pocos centros de salud que cuentan con el servicio de Terapia física y rehabilitación.

- 7.9 Se sugiere a las universidades impulsar el desarrollo talleres sobre las caídas, que son, como evitarlas, qué hacer ante una caída, que ejercicios me ayudan, que hábitos me ayudan, etc.
- 7.10 Se invita a la Municipalidad dar mayor información sobre el tema en los Asentamientos Humanos, ya que los adultos mayores deben de subir largas cuestas y muchísimas escaleras. También se recomienda que coloquen los pasamanos en las escaleras, piso de concreto estable y no quebradizo, ni resbaladizo; las personas están exponiendo su vida diaria y son más propensos a caerse.
- 7.11 En los Asilos de ancianos debería contar con un terapeuta físico para motivar y desarrollar la actividad física.
- 7.12 En las Iglesias también se debería proporcionar información sobre el tema porque tiene muchos miembros adultos mayores, y muchas veces las iglesias no están preparadas para atenderlos, donde lamentablemente ocurrieron muchas caídas.

VIII. Referencias

- Acera, M. (7 de abril de 2020). *Características de la tercera edad: Cómo son nuestros mayores*. Deusto Salud. <https://www.deustosalud.com/blog/tercera-edad/caracteristicas-tercera-edad>
- Álvarez Rodríguez, L. M. (2015). *Síndromes de caídas en el adulto mayor*. Geriatria. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc154w.pdf>
- Beas Vereau, E. M., & Lorenzo Miranda, K. J. (2015). *Efectividad del programa educativo "protegiendo mi salud física" en el nivel de conocimiento sobre prevención de caídas del adulto mayor, puesto de salud "Villa María" Nuevo Chimbote, 2015*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional del Santa]. Repositorio Institucional UNS. <https://repositorio.uns.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14278/2590/42699.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Blaque Pavez, E. M. (28 de enero de 2018). *Caídas en los adultos mayores: Principales causas y cómo prevenir*. Clínica alemana. <https://www.clinicaalemana.cl/articulos/detalle/2018/caidas-en-adultos-mayores-principales-causas-y-como-prevenir>
- Camino Salazar, M. D. (2012). *Capacidad de autocuidado en la prevención de caídas que tienen los adultos mayores que acuden al Centro de Salud Tablada de Lurín, 2011*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio Institucional UNMSM. https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/1440/Camino_sm.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Carrillo García, J. J. (2019). *Capacidad funcional y su influencia en el riesgo de caídas del adulto mayor albergado en el Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paul - Barrios Altos, Lima 2018*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio Institucional UNMSM. http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/10468/Carrillo_gj.pdf?sequence=3
- Dávalos Herrera, M. A. (2019). *Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados en adultos mayores con alto riesgo de caídas que acuden a medicina interna del hospital*

Pablo Arturo Suarez, durante enero a marzo del 2019. [Trabajo de titulación, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Repositorio Institucional PUCE. <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/16919/TRABAJO%20DE%20TITULACION%2093N.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ley N.º 30490. Ley de la persona adulta mayor (21 de julio del 2016). Diario Oficial El Peruano. <https://busquedas.elperuano.pe/download/url/ley-de-la-persona-adulta-mayor-ley-n-30490-1407242-1>

Guerrero, L. A. (marzo de 2016). *Caídas en personas mayores: Riesgos, causas y prevención.* Geriatricarea. <https://www.geriatricarea.com/2016/03/16/caidas-en-personas-mayores-riesgos-causas-y-prevencion/>

Instituto Nacional Estadística e Informática (2021). *El 24,8% de los hogares son conducidos por una persona adulta mayor.* <http://m.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/noticias/nota-de-prensa-no-196-2021-inei.pdf>

Instituto nacional de estadística e informática (2021). Situación de la población adulta mayor. Boletín del INEI, 4, 1-51 <https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/boletines/04-informe-tecnico-poblacion-adulta-mayor-iii-trim-2021.pdf>

Jara Pino, P. A. (2020). *Efectos del desentrenamiento en riesgo de caídas de 36 semanas sobre equilibrio y marcha en adultos mayores, policlinico policial Carayllo 2019.* [Tesis de pregrado, Universidad Norbert Wiener]. Repositorio Institucional UNW <https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3777/TESIS%20PAUL%20JARA%20PINO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Noguerón García, A. (2020). *Efectividad de un programa de ejercicios multicomponente hospitalario en ancianos con caídas.* [Tesis de doctorado, Universidad de Castilla La Mancha]. Repositorio Institucional UCLM. <https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/28828/TESIS%20Noguer%c3%b3n%20Garc%c3%ada.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización mundial de la salud. (26 de abril de 2021). *Caídas.* <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>

- Organizacion mundial de la salud. (4 de octubre de 2021). *Envejecimiento y salud*.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Queralt, M. (3 de noviembre de 2016). Cambios en la composicion corporal. *MAPFRE*.
<https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mayores/cambios-en-la-vejez/cambios-en-la-composicion-corporal/>
- Quintar, E., & Gilber, F. (2014). Las caídas en el adulto mayor: Factores de riesgo y consecuencias. *Consejos y educación en osteología*.
http://osteologia.org.ar/files/pdf/rid39_quintar.pdf
- Radio Nacional (26 de agosto de 2020). *INEI: En el Perú hay mas de cuatro millones de adultos mayores*. <https://www.radionacional.com.pe/noticias/locales/inei-en-el-peru-hay-mas-de-cuatro-millones-de-adultos-mayores>
- Reyes, R. (18 de abril de 2018). Adulto mayor significado. *Adulto mayor inteligente*.
<http://www.adultomayorinteligente.com/significado-de-adulto-mayor/>
- Rojas Mejía, Y. E. (2019). *Actividad fisica y riesgo de caidas en centro de atención adulto mayor de Santa Anita 2018*. [Tesis de pregrado, Universidad nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV.
https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/3089/UNFV_Rojas_Mej%c3%ada_Yesenia_Elizabeth_Titulo_Profesional_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Rubenstein, L. Z. (abril de 2021). Caídas en personas mayores. *Manual MSD*.
<https://www.msdmanuals.com/es-pe/hogar/salud-de-las-personas-de-edad-avanzada/ca%C3%ADdas-en-personas-mayores/ca%C3%ADdas-en-personas-mayores>
- Yambay Bonirfaz, R. E. (2020). *Cuidado del adulto mayor en prevención de caídas, octubre 2019 - febrero 2020*. [Trabajo de titulación, Universidad Nacional de Chimbotazo]. Repositorio Institucional UNACH
<http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/6568/1/Elizabeth%20Yambay.pdf>

IX. Anexos

Anexo A: Consentimiento Informado

Conocimiento De Prevención De Caídas Del Adulto Mayor En Consulta Externa Del INEN, 2022

Se me ha comunicado que el título de esta investigación es “Conocimiento de prevención de caídas del adulto mayor en consulta externa del INEN, 2022” cuyo propósito de estudio es conocer el nivel de conocimiento sobre prevención de caídas en adultos mayores. El presente proyecto de investigación está siendo conducido por: Romina Tabita Sedano Soria con asesoría del docente de la Universidad Nacional Federico Villarreal. Con conocimiento del presidente del Comité de Ética, el Dr. Juvenal Sánchez Lihon, con número telefónico (01) 2016500 y anexo 3001.

Si decido a participar de este estudio, deberé responder una entrevista que durará 10 minutos de mi tiempo. Mi participación es voluntaria. La información que se recopile será estrictamente confidencial y no podrá ser utilizado para otros fines que no esté contemplados en esta investigación.

Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo del proyecto, soy libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Además, puedo finalizar mi participación en cualquier momento del estudio sin que esto represente algún perjuicio. Si sintiera incomodidad, frente a alguna de las preguntas, puede ponerlo en conocimiento de la persona a cargo de la investigación y abstenerse de responder

Gracias por su participación. Yo, _____ doy mi consentimiento para participar de este estudio y soy consciente de que mi participación es voluntaria. He recibido información en forma verbal sobre el estudio mencionado anteriormente y he comprendido la información y las explicaciones alcanzadas por el equipo investigador. He tenido la oportunidad de discutir sobre el estudio y hacer preguntas. Al firmar

este consentimiento estoy de acuerdo con que mis datos personales, incluyendo datos relacionados a mi salud física y mental o condición, y raza u origen étnico, podrían ser usados según lo descrito en la hoja de información que detalla la investigación en la que estoy participando. Entiendo que puedo finalizar mi participación en el estudio en cualquier momento, sin que esto represente algún perjuicio para mí.

Como prueba de consentimiento voluntario para participar en este estudio, firmo a continuación:

.....

Firma del participante

Anexo B. Cuestionario del Nivel de Conocimiento de Prevención de Caídas**I. Presentación:**

A continuación, se le presenta una serie de preguntas sobre el conocimiento de prevención de caídas; antes de responder el cuestionario por favor lea o escuche atentamente las preguntas y responda lo que usted considere adecuado. Se le agradece de antemano su colaboración

I. Datos generales:

A. Nombre:

B. Edad.....

C. HCl:

D. Sexo:

a) Femenino

b) Masculino

E. Vive con:

a) Solo

b) Familiar o cuidador

F. Grado de instrucción:

a) Primaria

b) Secundaria

c) Técnico

d) Superior universitario

e) Ninguno

G. Recibió alguna información sobre el tema de caídas y sus prevenciones

a) Si

b) No

II. Conocimiento de prevención de caídas

1. ¿Qué son las caídas?

- a) Son acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga.
- b) Son sucesos sin importancia que no producen ninguna lesión ni daño.
- c) No sabe.

2. ¿Las caídas en el adulto mayor, se pueden prevenir?

- a) Si
- b) No
- c) No sabe

3. ¿Qué factores de riesgo pueden condicionar una caída?

- a) Realizar caminatas de 30 minutos, actividades físicas, uso adecuado de calzado.
- b) Poca iluminación en la vivienda, falta de ejercicio, calzado inadecuado.
- c) Alimentación balanceada, no tener animales en casa.

4. ¿Cuáles son las complicaciones de las caídas?

- a) No produce ninguna complicación.
- b) Depresión ansiedad.
- c) Hospitalización, fracturas, muerte.

5. Las complicaciones, después de una caída son:

- a) Miedo a volverse a caer
- b.) Heridas, hematomas y fracturas
- c.) Todas

6. ¿Cuáles son las situaciones más frecuentes que inducen a las caídas?

- a) Presencia de mascotas en casa, consumo de fármacos, vestimenta inadecuada.

- b) Realizar controles médicos, no levantar objetos pesados.
 - c) Cruzar las calles sin correr, sostenerse del pasamano al utilizar las escaleras.
7. Al caerse usted debe:
- a) Entrar en pánico y pararse automáticamente
 - b) Tranquilizarse y gatear hasta la silla más estable.
 - c) Tranquilizarse, gatear hasta un objeto inestable y pararse.
8. ¿Quiénes presentan mayor riesgo de presentar una caída?
- a) Adultos mayores que no consumen fármacos sin prescripción médica.
 - b) Adultos mayores que acuden a sus controles médicos.
 - c) Adultos mayores que presentan alteraciones visuales
9. Sobre la técnica ante una caída, es cierto:
- a) La permanencia en el suelo tras la caída durante tiempo prolongado no es de mal pronóstico.
 - b) No es importante utilizar movimientos especiales en una caída, lo que importa es levantarse inmediatamente.
 - c) Existen cuatro movimientos importantes que se deben realizar al momento de la caída que al hacerlos correctamente reduce las complicaciones.
10. ¿Qué ejercicios deben realizarse para prevenir las caídas?
- a) Levantamiento de brazos, flexión plantar, flexión extensión de rodilla.
 - b) No existen ejercicios que puedan prevenir las caídas
 - c) Correr todas las mañanas 2 horas diarias, sentadillas y abdominales.

Preguntas N°	Respuesta
1	A
2	A
3	B
4	C
5	B
6	A
7	B
8	C
9	C
10	A

Anexo C. Carta de aprobación del Departamento de Investigación del INEN



PERÚ

Sector
SaludInstituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

Lima, 15 de setiembre 2022

CARTA N° 056-2022-CRPI-DI-DICON/INEN

Srta.
ROMINA TABITA SEDANO SORIA
Investigadora Principal
Presente. -

De nuestra consideración:

Es grato dirigimos a usted para saludarla cordialmente y a la vez informarle que el Comité Revisor de Protocolos de Investigación del INEN, revaluó el documento que contiene el levantamiento de observaciones, **APRUEBAN** el protocolo Titulado: "**CONOCIMIENTO DE PREVENCIÓN DE CAÍDA DEL ADULTO MAYOR EN CONSULTA EXTERNA DEL INEN, 2022**". INEN 22-48

De acuerdo con las normas deberá presentar un informe por correo electrónico al término del protocolo o en su defecto el seguimiento a los 6 o 12 meses sobre los avances del mismo a esta Oficina.

Sin otro particular, quedamos de usted.

Atentamente,

M.C. Mónica Calderón Anticona
Presidenta del CRPI-INEN

M.C. Karen Dávila López
Miembro Suplente del CRPI-INEN



Ca/Archivo
MCA/c.



Av. Angamos Este 2520 -
Santiago
Telf.: 201-6500
www.inen.sld.pe
Lima - Perú

Anexo D. Carta de aprobación del Departamento de Ética del INEN



PERÚ

Sector
SaludInstituto Nacional de
Enfermedades Neoplásicas"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

Lima, 29 de Noviembre de 2022

CARTA N° 545-2022-CIEI/INEN**Srta.**
ROMINA SEDANO SORIA
Investigadora Principal

Presente.-

REFERENCIA: PROTOCOLO: "CONOCIMIENTO DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS DEL ADULTO
MAYOR EN CONSULTA EXTERNA DEL INEN, 2022" INEN 22-48

ASUNTO: Resultado de reevaluación

De mi consideración:

Es grato saludarla cordialmente y a la vez comunicarle que, el Comité Institucional de Ética en Investigación del INEN (CIEI-INEN) reevaluó el documento que contiene el levantamiento de observaciones, según carta de fecha 11 de noviembre del presente, en ese contexto el CIEI-INEN, **Aprueba** el protocolo en mención.

Habiéndose revisado los siguientes documentos

- Protocolo de Investigación
- Consentimiento Informado
- Instrumento de recolección de datos

Se le recuerda que deberá remitir el informe final del presente protocolo

Sin otro particular, quedo de Ud.

Atentamente,



Dr. ARISTIDES JUVENAL SÁNCHEZ LIHÓN
PRESIDENTE
Comité Institucional de Ética en Investigación
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Cc/Archivo
JSL/MMC/ice

Av. Angamos Este 2520 - Surquillo
Telf.: 201-6500
www.inen.gob.pe
E-mail: comite_etica@inen.gob.pe
Lima - Perú