



Universidad Nacional
Federico Villarreal

Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE TECNOLOGÍA MÉDICA
ESCUELA PROFESIONAL DE TERAPIAS DE REHABILITACIÓN
ACTIVIDAD FÍSICA Y RIESGOS DE CAÍDAS EN CENTRO DE ATENCIÓN
ADULTO MAYOR DE SANTA ANITA-2018
TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN
TECNOLOGÍA MÉDICA ESPECIALIDAD DE TERAPIA FÍSICA Y
REHABILITACIÓN

AUTORA

ROJAS MEJÍA, YESENIA ELIZABETH

ASESORA

LEYVA LOAYZA, ELIZABETH INÉS

JURADOS

MEDINA ESPINOZA, REGINA

ZUZUNAGA INFANTES, FLOR

QUEZADA PONTE, ELISA

Lima – Perú

2019

Índice

Resumen.....	3
Abstract.....	4
I. Introducción	
1.1 Descripción y formulación del problema.....	5
1.2 Antecedentes.....	7
1.3 Objetivos.....	9
- Objetivo General	
- Objetivos específicos	
1.4 Justificación.....	9
1.5 Hipótesis.....	10
II. Marco Teórico	
2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación.....	12
III. Método	
3.1 Tipo de investigación.....	26
3.2 Ámbito temporal y especial.....	26
3.3 Variables.....	26
3.4 Población y muestra.....	26
3.5 Instrumentos.....	27
3.6 Procedimientos.....	30
3.7 Análisis de datos.....	30
IV. Resultados.....	31
V. Discusión de resultados.....	34
VI. Conclusiones.....	38
VII. Recomendaciones.....	39
VIII. Referencias.....	40

RESUMEN

Objetivo: Establecer la relación que existe entre la actividad física y los riesgos de caídas en los adultos mayores del distrito de Santa Anita-2018. **Introducción:** la actividad física toda aquella persona que realiza movimiento generando gasto energético, el ejercicio es una variedad de la actividad física en la cual es de manera reiterativo, planificado y ordenado con el fin de mejorar los componentes de la aptitud física. **Método:** la presente investigación presenta un enfoque cuantitativo de alcance correlacional de diseño no experimental y descriptivo correlacional de corte transversal. Población fue 250 adultos mayores y la muestra 50. El muestreo fue no probabilístico, intencional. **Resultados:** la relación de estas dos variables fue el coeficiente de R de Pearson: + 0,17. El 64% de la muestra es mujer, el 36% varón, el nivel de riesgo de caídas es alto 66%, bajo riesgo de caídas 34%, los factores de riesgo con mayor influencia son los déficits sensoriales 86%. Presentaron deambulación normal 86%, con ayuda 14%, toma de medicamentos el 46% y el 54% no toma medicamentos, caídas previas el 54% no tuvo una caída previa y el 46% si tuvo caída previa, el 100% de la encuestados presentó estado mental normal. El nivel de la actividad física es bajo 60%. **Conclusión:** el estudio demostró que la actividad física no disminuye el riesgo de caídas en los adultos mayores, sino influye otros factores que ayudan a reducir las caídas.

Palabras claves: Actividad física, factores de riesgos de caídas, adultos mayores.

ABSTRACT

Objective: To establish the relationship that exists between physical activity and the risk of falls in older adults in the district of Santa Anita-2018. **Introduction:** the physical activity of any person who performs movement generating energy expenditure, exercise is a variety of physical activity in which it is repeated, planned and ordered in order to improve the components of physical fitness. **Method:** the present investigation presents a quantitative approach of correlational scope of non-experimental design and descriptive correlation of cross-section. Population was 250 older adults and sample 50. Sampling was non-probabilistic, intentional. **Results:** the relationship of these two variables was Pearson's R coefficient: + 0.17. 64% of the sample is female, 36% male, the level of risk of falls is high 66%, low risk of falls 34%, the risk factors with greater influence are sensory deficits 86%. They presented normal ambulation 86%, with 14% help, 46% take medication and 54% do not take medication, previous falls 54% did not have a previous fall and 46% had a previous fall, 100% of the respondents presented normal mental state. The level of physical activity is under 60%. **Conclusion:** the study showed that physical activity does not decrease the risk of falls in older adults, but influences other factors that help reduce the number of falls.

Keywords: Physical activity, fall risk factors, older adults.

I. Introducción

1.1 Descripción y Formulación del problema

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS, s.f.) la actividad física es toda aquella persona que realiza movimiento generando gasto energético, el ejercicio es una variedad de la actividad física en la cual es de manera reiterativo, planificado y ordenado con el fin de mejorar los componentes de la aptitud física.

Hoy día en la actualidad a nivel mundial el total de adultos mayores de 60 años, según OMS (2017) “está pasando de 11% al 22% de habitantes adultos mayores, en cifras absolutas pasara de 900 millones a 2000 millones, entre los años 2015-2050” (p.1).

Eso quiere decir que el aumento de la población adulta mayor está creciendo a pasos veloces en poco tiempo. Entre los países con mayor población para el año 2050, según informa Martens (citado en la Revista Infobae, 2015) son Japón en el primer lugar con 42,5% y en América Latina cuba con 12,8% y Perú 10%.

En otras palabras, todo el continente debería estar preparándose para estos cambios, avanzar con las políticas de salud para el beneficio de los adultos mayores, por ejemplo, las adecuadas adaptaciones en las infraestructuras para ellos, sobre todo el trabajo multidisciplinaria, de esta manera evitar mayores complicaciones tanto en lo físico y psicológico.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2015) “El Perú en el 2015 asciende el número de la población adulta mayor a 3 millones 11 mil 50 personas que representa 9, 7% de la población” (p.1). Según el INEI (citado en la Revista Comisión Multisectorial, 2015) informa que de todos los distritos que hay en la capital, el distrito de San de Lurigancho ocupa el primer lugar de mayor población de adultos mayores, mientras que el distrito de Santa Anita se ubica en el puesto 21 con 19,763 de personas mayores de 60 años.

El distrito de Santa Anita cuenta con el Centro Integral de Atención al Adulto Mayor, donde no todos del total de la población adulta asiste a dicho centro, solo una cantidad considerable, lo ideal es que asistan todos a los talleres que ofrecen para los adultos mayores, ya que de esta manera mejoran su calidad de vida, así mismo reciben capacitación y la orientación necesaria en el tema del autocuidado que deberían tener para evitar caídas, fracturas, etc. También se fomenta la independencia en ellos, enseñando a los adultos mayores con la elaboración de productos, para luego vender, por ello la importancia de la asistencia al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor.

Formulación del Problema general

Problema general

¿Qué relación existe entre la actividad física y los riesgos de caída en los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor del distrito de Santa Anita-2018?

Problemas específicos

¿Qué relación existe entre los medicamentos y la actividad física en los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor del distrito de Santa Anita-2018?

¿Qué relación existe entre los déficits sensitivo-motores y la actividad física en los adultos de los mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor del distrito de Santa Anita-2018?

¿Qué relación existe entre el estado mental y actividad física en los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor del distrito de Santa Anita-2018?

¿Qué relación existe entre la deambulacion y actividad física en los adultos mayores del Centro Integral de Atención del Adulto Mayor del distrito de Santa Anita-2018?

1.2 Antecedentes

Ámbito Internacional

Ernst B, Midlöv P, & Westerlind B. (2011) realizaron un estudio sobre Cómo evaluar la fragilidad y la necesidad de cuidado. Donde los resultados demostraron que la población de los adultos mayores en estudio tenía como tres enfermedades cada uno, polifarmacia en la cual cada uno de ellos tomaban un promedio de siete medicamentos, así mismo presentaron problemas como desnutrición (más del 50% de la muestra), la mayoría en riesgo de desarrollar úlceras por presión, el 93% de la muestra presentaron riesgos de caídas y la totalidad tenía problemas cognitivos. La conclusión fue la siguiente: Los resultados muestran la necesidad de abordar al adulto mayor de una manera multifactorial en las viviendas comunitarias donde viven y también mejorar la atención de salud en ellos.

Alvarado L, Astudillo C, Sánchez J. (2013), realizaron un estudio sobre Prevalencia de caídas en adultos mayores y factores asociados en la Parroquia SIDCAY. Los resultados demostraron que los adultos mayores que tienen mayor prevalencia de caídas son en el siguiente orden de mayor a menor: alteraciones nutricionales, los adultos mayores que no tienen parejas, mayores de 74 años, mujeres. La escala de riesgos de caídas fue bajo. Siendo los factores intrínsecos que provocan mayor caída en los adultos mayores. La conclusión fue la siguiente: La población de adultos mayores están incluidos en riesgos altos o bajos de caídas, esto lleva a la necesidad de integrar el cuidado de esta población, con ambientes seguros (domicilios, baños, pasadizos), donde se regularizan los espacios en el cual se movilizan los adultos mayores, de esta manera contribuir a la reducción de número de caídas.

Bohórquez M, Lorenzo M & García A. (2014) realizaron un estudio sobre Actividad física como promotor del autoconcepto y la independencia personal en personas mayores. Los resultados demostraron que los adultos mayores que desarrollan actividad física día a día presentaron mayor felicidad. La conclusión fue la siguiente: El número de veces que se

practica actividad física influye de manera directa en los factores como las relaciones sociales, el autoconcepto y la independencia personal para la felicidad de los adultos de 65 años. Estos tres factores son de suma importancia para que los adultos mayores no se sumen a la depresión.

Ámbito Nacional

Zapata I. (2010), realizo un estudio sobre Fortaleciendo el cuidado preventivo de enfermería en el nivel de conocimientos, grado de cumplimiento de la valoración y medidas de control del riesgo de caídas, para llevar a cabo el estudio se preparó a las enfermeras por grupos separados, los resultados indicaron que las tres variables indicados en el titulo acrecentaron los niveles de porcentaje, lo que en inicio fue bajo. Las conclusiones fueron las siguientes: El programa preventivo fue efectivo en cuanto a las tres variables, por ende, los profesionales están altamente capacitados en el control de riesgos de caídas en los adultos mayores internados en el hospital.

Torres J. (2015), realizo un estudio sobre Autocuidado en la prevención de las caídas que tiene el adulto mayor que asiste al Centro Integral del Adulto Mayor de Barranco, donde el fin fue obtener el porcentaje de autocuidado que tienen los adultos mayores en cuanto a su predisposición de caídas, dando como resultado un promedio medio tanto para los factores intrínsecos como los extrínsecos. La conclusión fue la siguiente: la importancia de tener el autocuidado adecuado en los dos factores de riesgo para la reducción de caídas en los adultos mayores.

Quiñonez J. (2016) realizó un estudio sobre Riesgos de caídas en los pacientes adultos mayores del Hospital Geriátrico de la Policía San José. Dando como conclusión riesgo de caídas alto, siendo la ingesta de medicamentos y los problemas sensoriales que más predominan en los adultos mayores para tener una caída, la toma de conciencia en la ingesta

de medicamentos es muy importante para reducir el número de riesgos de caídas en los adultos mayores, eso lo demuestra dicha investigación con los resultados.

1.3. Objetivos

- Objetivo general

Establecer la relación que existe entre la actividad física y los riesgos de caídas en los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor del distrito de Santa Anita-2018.

- Objetivos específicos

Establecer la relación de los medicamentos y actividad física en los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor del distrito de Santa Anita-2018.

Establecer la relación de los déficits sensitivo-motores y actividad física en los adultos mayores del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor del distrito de Santa Anita-2018.

Establecer la relación del estado mental y actividad física en los adultos mayores del Centro Integral de Atención del Adulto Mayor del distrito de Santa Anita-2018.

Establecer la relación de la deambulación y actividad física en los adultos mayores del Centro Integral de Atención del Adulto Mayor del distrito de Santa Anita-2018.

1.4. Justificación

Debido al aumento de la población adulta mayor, casi en todos en los países, siendo el Perú uno de ellos, surge una gran pregunta ¿Realmente el país está en la capacidad de afrontar la gran cantidad de adultos mayores? El país está enfocado más en la situación curativa, mas no en capacitar al personal de salud sobre el proceso de envejecimiento, los cambios psicológicos que sufren por la edad, en la prevención que se debe tomar para que ellos no sufran lesiones graves y/o mortales, porque ellos son la población más susceptible para sufrir dichos accidentes, es por esto que el presente estudio benefició a los adultos

mayores en obtener datos estadísticos actuales sobre la relación de estas dos variables, sobre todo a los del centro integral de atención al adulto mayor del distrito de Santa Anita en el 2018.

Los estudios que existen en el Perú son sobre todo de las capacidades funcionales del adulto ya que se sabe que a mayor edad menor capacidad funcional y biológica que presentan los adultos mayores y son ellos los que sufren con el transcurso de los años, como son las caídas. Los resultados que se obtuvo son muy importantes para el conocimiento de todo profesional de salud, sobre todo para los fisioterapeutas, ya que nosotros intervenimos en la parte preventiva.

Es menos costoso invertir en las estrategias preventivas-promocionales que invertir cuando los adultos mayores están con lesiones graves, aquí la parte importante del presente trabajo.

1.5 Hipótesis

Hipótesis general

Existe una relación significativa entre la actividad física y los riesgos de caída en los adultos mayores del Centro Integral de Atención del Adulto del distrito de Santa Anita-2018.

Hipótesis específicas

Existe una relación significativa entre los medicamentos y actividad física en los adultos mayores del Centro Integral de Atención del Adulto Mayor del distrito de Santa Anita-2018.

Existe una relación significativa entre los déficits sensitivo-motores y actividad física en los adultos mayores del Centro Integral de Atención del Adulto Mayor del distrito de Santa Anita-2018.

Existe una relación significativa entre el estado mental y actividad física en los adultos mayores del Centro Integral de Atención del Adulto Mayor del distrito de Santa Anita-2018.

Existe una relación significativa entre la deambulaci3n y actividad f3sica en los adultos mayores del Centro Integral de Atenci3n del Adulto Mayor del distrito de Santa Anita-2018.

II. Marco Teórico

2.1. Bases teóricas

Adulto Mayor

Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FPNU, 2015) define adulto mayor como aquella persona mayor de 65 años, dicha referencia de edad es para los países que presentan un elevado nivel de desarrollo y para los países en proceso de desarrollo es considerado Adulto Mayor a partir de los 60 años o más, entre ellos se encuentra Perú, es decir en el territorio peruano, es considerado como persona Adulto mayor a partir de los 60 años.

El INEI (2015) informó que en el Perú la proporción de las mujeres adultas es mayor a los que los hombres y se espera que dentro de 30 años dicha proporción las mujeres adultas mayores seguirán liderando las estadísticas.

Según los resultados del INEI indican que en el Perú se están llevando a cabo el proceso de feminización del envejecimiento, es decir por cada hombre adulto mayor hay 4 mujeres adultas mayores. Estos índices de feminización se confirman en el Centro Integral de Atención al Adulto Mayor del distrito de Santa Anita, donde la mayoría de los asistentes a dicho centro son mujeres, siendo así en poca proporción hombres.

Este fenómeno de feminización explica que las mujeres vivan más que los hombres son por muchos factores: la alimentación, nivel educativo, nivel cultural, nivel sociodemográfico, económico, etc. La Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatria (SAGG,2012) explica que los varones por creerse el sexo fuerte trabajan más que mujeres, siendo más propensos a lesiones producto del trabajo exhausto, por ende también están expuestos a muertes, ello explicaría por qué llegan más mujeres a la vejez que los varones, otro ejemplo es que también las mujeres acuden tempranamente a chequeos con el médico, a comparación de los

varones que acuden cuando ya están muy mal de salud, por ende las mujeres llegan más que los varones.

Actividad Física

La OMS(2017) define: la actividad física cuando una persona genera cualquier movimiento, dicho movimiento es realizado por los músculos, por lo tanto, esto requiere de consumo de energía. Los conceptos de actividad física y ejercicio no deben ocasionar confusiones, ya que el ejercicio físico, requiere de una actividad física planificado, organizado, reiterativo con el objetivo de conservar o acrecentar los elementos de la aptitud física, tales como la fuerza, resistencia, velocidad y flexibilidad. La actividad física engloba al ejercicio, así como también otras actividades que se realizan en distintos momentos, ya sea en el trabajo, la forma de transportarse, los quehaceres en la casa y juegos recreativos.

En caso de los adultos mayores la actividad física consiste en el trabajo, el desplazamiento (por ejemplo, cómo va al trabajo, de compras, al culto, etc.), el tiempo libre (si practica algún deporte/ fitness) con la comunidad o familiares.

Según Devis (2000) (citado en la Revista Maletín Educativo de la Salud, s.f.) incluye al concepto de actividad física, la experiencia vivencial, esto quiere decir que permite al adulto mayor a relacionarse juntamente con el medio ambiente que le rodea y con aquellas personas que comparten dicha actividad física.

En otras palabras, este concepto abarca de una manera tridimensional el concepto de la actividad física, ya que con la experiencia vivencial los adultos mayores logran sentir diferentes sensaciones del medio que los rodea, así mismo conocer su propio cuerpo con cada movimiento que se realiza, mejorando de esta manera el esquema corporal.

De esta manera la actividad física se convierte en una práctica social, que permite interactuar al adulto mayor con grandes grupos sociales, tal como el Centro Integral de Atención al Adulto Mayor del distrito de Santa Anita, donde se lleva a cabo diferentes tipos

de actividades físicas en el tiempo libre como: tai chií, aeróbicos, yoga, gimnasia, danza tradicional, danza moderno, talleres de manualidades todas estas actividades físicas permite al adulto mayor a relacionarse mejor con cada uno de los asistentes a dicho centro.

El Trabajo

En la actualidad la población adulta está incluida en la Población Económicamente Activa (PEA) así informo el INEI (2017) donde los hombres adultos mayores son los que mayor aportan a la economía en comparación con las mujeres adultas. Estos datos estadísticos revelan que más de 3 400 000 personas aporta a la economía peruana, muchos de los adultos mayores lo realizan en el campo de cultivo, en la pesca, en el comercio (vender golosinas, helados, etc.), la manufactura, entre otros servicios.

La OMS (2017) expresa que para la medición de la intensidad de la actividad física se utiliza los equivalentes metabólicos, se define MET'S como la relación que existe entre el gasto energético durante alguna actividad física y el gasto energético en estado de reposo. Por ejemplo 1 MET significa la energía consumida cuando cualquier individuo se encuentra echado plácidamente.

Entre todos los trabajos que desarrollan los adultos mayores de la muestra en estudio, uno de estos trabajos requiere de actividad física intensa, en la cual implica aumento importante de la respiración o del ritmo cardiaco; de las cuales dedican a dicho trabajo todos los días, durante varias horas, así como también hay otros trabajos donde se requiere actividad física moderada, implicando aumento ligero de la respiración o del ritmo cardiaco.

Según Parrado (2009) clasifica las actividades laborales de moderadas a intensas, siendo las actividades de oficina como moderadas, entre las actividades intensas se encuentra la ebanistería, personas que trabajan en obras de construcción, trabajos en el campo, excavación, perforación, todas las actividades mencionadas en tiempos prolongados.

Los adultos mayores cuando llegan a los 60 años aun quieren seguir trabajando, generar ingresos para su familia, sobre todo sentirse útil, haciendo lo que más les gusta hacer. Muchos de ellos no hacer nada en casa, es pasar un día aburrido, es por ello que buscan la manera de mantenerse ocupados, teniendo un trabajo de manera independiente, ya que las empresas hoy en día contratan a personas jóvenes, dejando fuera de su puesto de trabajo a los adultos mayores

El Centro Integral de Asistencia al Adulto Mayor (CIAM) del distrito de Santa Anita se encuentra el taller llamado “Producción”, en la cual los asistentes a dicho taller, aprenden a elaborar productos para luego vender, de esta manera se fomenta emprendimientos para los adultos mayores, para que puedan realizar su propio negocio, mantenerse constantemente activos, permitiéndoles sentirse bien y elevar su autoestima al poder aportar económicamente a su hogar.

Desplazamiento

El desplazamiento es el traslado de un lugar a otro. Los datos estadísticos concluyen que los adultos mayores en Lima dejan de lado la caminata y el uso de la bicicleta para su desplazamiento (ir su centro de trabajo, ir de compras, ir al mercado, ir a la iglesia, etc.) ya que, en Lima se encuentra la mayor concentración de medios de transportes (carro, tren eléctrico, etc.), por lo tanto, la mayoría de la población adulta hace uso de los carros.

El Centro Integral de Asistencia al Adulto Mayor del distrito de Santa Anita, los adultos mayores asistentes a dicho centro, camina al menos 20 minutos para llegar al centro mencionado, donde realizan sus talleres. El hecho de caminar al menos 20 minutos como medio de desplazamiento para asistir a los talleres del centro ya mencionado, tiene muchos beneficios para su salud, porque permite mantener al adulto mayor activo.

Tiempo Libre

Tiempo libre es aquella persona que realiza cualquier actividad que desee, es decir es el tiempo que no corresponde al trabajo, al estudio o a las tareas, toda actividad que se realiza en el tiempo libre será sin ninguna obligación.

El adulto mayor a lo largo de su vida se ha dedicado a trabajar y cuando llega el momento de no realizar sus actividades laborales, no saben qué hacer con su tiempo libre. El nivel socioeconómico, demográfico y cultural y su estilo de vida influirá en la realización de algunas actividades de su tiempo libre, siendo estos tipos de actividades como TAI-CHI, Pilates, yoga, natación, gimnasio, jugar voleibol, manejar bicicleta, etc. Por determinadas horas y días.

La OMS (2017) recomienda que los adultos mayores realicen media hora de esfuerzo físico regular durante cinco días o de esfuerzo físico intenso de una hora con 15 minutos. Si los adultos mayores desean obtener resultados del esfuerzo físico regular o intenso deberán reunir 2 horas y media a la semana, en el cual permite al adulto mayor presentar mejor estabilidad y precaver de resbalones.

Toda actividad en el tiempo libre debe ser sin presión, ni obligación, será realizado con placer, ya que cualquier actividad que realiza los adultos mayores tiene muchos beneficios para ellos, uno de estos beneficios es aumentar la socialización, aumentar autoestima, calidad de vida y reducir la depresión. García y Froment (2018) mediante el trabajo que realizaron afirmaron que los adultos mayores que realizan actividad física obtuvieron mayor nivel de autoestima y calidad de vida que los adultos mayores que mantienen una vida sin actividad.

Muchos de los adultos mayores asisten a los llamados “Centro de Integración al Adulto Mayor” del distrito donde viven, al igual que la muestra en estudio, estos centros ofrecen muchos talleres de manualidades, baile, deporte, juegos recreativos, donde se juntan mucho de ellos, para compartir todas las actividades.

Los adultos mayores asistentes al Centro Integral de Asistencia al Adulto Mayor del distrito de Santa Anita, participan de los talleres, para aumentar la socialización entre ellos, ya que muchas veces son dejados de lado por su familia, no encuentran alguien con quien compartir en su tiempo libre; de esta manera asistiendo, ocupan su tiempo libre de una manera divertida, sana, llevando una vejez activa y saludable.

Sedentarismo

El termino sedentarismo se entiende como aquella persona que presenta poco o nada de movimiento. Llegar a los 60 años trae consigo deterioro físico y/o cognitivo, esto conlleva en los adultos mayores tener una vida sedentaria, siendo uno de los factores de riesgo de muchas enfermedades como: la hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, cáncer, enfermedades cardiovasculares.

La OMS (2017) afirma que los habitantes del planeta más del 50% no llevan a cabo algún esfuerzo físico que aumente el ritmo cardiaco o ritmo de la respiración en la cual podrían tener resultados productivos para ellos. Eso quiere decir que los niños, adolescentes y adultos mayores llevan una vida sedentaria como consecuencia de los avances tecnológicos, tales como la Tablet, PlayStation, celulares, etc. Esto ocupa todo su tiempo con juegos entretenidos en sus aparatos tecnológicos, dejando de lado los juegos y el deporte con sus amistades.

El sedentarismo en los adultos mayores tiene como consecuencia atrofia muscular, disminución de fuerza sobre todo en los miembros inferiores, no solo produciendo cambios físicos sino cambios psicológicos, así como la disminución del estado de ánimo, ya que la inactividad lleva a una vida dependiente, eso quiere decir que ya no tener una vida independiente como antes conlleva a una depresión.

Tener una vida sedentaria en el adulto mayor esta propensa a tener caídas, ya que las caídas son unos de los grandes problemas que afrontan los adultos mayores y gran preocupación de la salud pública.

El comportamiento sedentario incluye pasar el tiempo en la mesa de trabajo, sentado con los amigos, viajar en el autobús o en el tren, jugar las cartas con los amigos en el barrio, viendo televisión, pero no incluye el tiempo que una persona pasa durmiendo. Es muy importante ayudar y motivar a los adultos mayores a tener una vida activa, para ello se necesita la cooperación de la familia, no aislarlo, sino tomar la decisión con toda la familia para realizar actividad física juntamente con el adulto mayor. De esta manera se sentirán queridos y súper motivados para realizar actividad física.

Factores de Riesgo de Caídas en Adultos Mayores

Caidas Previas

La OMS (2017) define que las caídas son consecuencias de cualquier suceso impensado donde el adulto mayor pierde la estabilidad y precipita su cuerpo en el suelo u otra tipo de terreno. Las consecuencias de las caídas pueden ser mortales o dejar graves lesiones. Sabiendo que los adultos mayores tienen mayor prevalencia a las caídas mortales, se debe dar importancia a las estrategias preventivas tales como: enseñanza, formaciones, crear entornos fiables, primar en investigaciones relacionadas con las caídas y legislar políticas eficaces para disminuir cualquier tipo de eventualidad.

El terapeuta de la Sociedad de Geriatria y Gerontologia (SGG, 2016) sostiene: Durante la vejez son mas frecuentes las caídas a diferencia de otras edades, el impacto no sera lo mismo en los adultos mayores que en una persona joven. Tras una caída el adulto mayor pierde todo tipo de incentivo y emotividad para volver a despalzarse por sí mismo, por el pavor a un nuevo tropiezo.

Luego de una caída, los adultos mayores presentan un comportamiento de evasión, en el cual consiste en disminuir sus movimientos dentro de la casa o fuera de ella, por ello su capacidad funcional tienen un efecto perjudicial para la reintegración de sus labores del día.

Es decir desde la primera caída que sufre el adulto mayor, tiene un impacto físico, social y psicológico, siendo los ambientes más comunes donde sufren más caídas: el baño y el dormitorio. Son muy importantes las estrategias de prevención, tanto en la casa como en los sectores públicos, para tener mejores infraestructuras en el ambiente público, es de suma importancia que las políticas de salud se enfoquen en mejorar y/o adaptar las barreras arquitectónicas para los adultos mayores, de esa manera se reducirá el gran número de adultos mayores con traumatismos musculoesqueléticos, fracturas de cadera.

El Centro Integral de Atención al Adulto Mayor del distrito de Santa Anita, capacitan a todos los adultos mayores asistentes, sobre los autocuidados que deberían tener para evitar la dependencia de algún familiar; estas capacitaciones que se brinda al adulto mayor, abarca tanto lo físico, social y psicológico, en cuanto a la capacitación sobre el autocuidado físico, el adulto mayor aprende cuáles son los ejercicios adecuados, cuánto tiempo debe ser lo adecuado para mantener los músculos lo suficientemente potentes para reducir los riesgos de caídas, simultáneamente capacitan al adulto mayor sobre su alimentación para llevar un estilo de vida saludable y mejorar la calidad de vida.

Medicamentos

Los adultos mayores presentan tres características principales que diferencian de otros grupos etarios, entre ellos tenemos la polipatología, la polifarmacia y cambios fisiológicos relacionados con el envejecimiento.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, s.f) refiere lo siguiente: El envejecimiento enfrenta más problemas de salud, principalmente enfermedades crónicas como la hipertensión, la diabetes, cáncer, etc. Que requieren de un tratamiento continuo, por

ese motivo es inevitable la polifarmacia, es decir el consumo de múltiples fármacos por una persona, teniendo así consecuencias no deseadas o peligrosas, entre una de las consecuencias del uso múltiple de fármacos, son las caídas, trayendo consigo mismo múltiples lesiones.

La polifarmacia en adultos mayores se considera a partir de 4 medicamentos, es decir para cada enfermedad que padece el adulto mayor toman una pastilla y así sucesivamente, el consumo de todas aquellas pastillas a largo plazo tiene muchas consecuencias, ya que genera toxicidad en todo el cuerpo, así como también neuropatías, etc.

Por tanto, es muy importante que los adultos mayores consulten a sus médicos responsables cada vez que quieran consumir algún medicamento a parte de su prescripción médica, porque si los adultos mayores se automedican, las consecuencias podrían ser peores.

La estadística demuestra que existe una proporción mínima de adultos mayores que consumen medicamentos sin prescripción médica, la automedicación prolongaría la enfermedad o lo agravaría, así mismo provocaría resistencia a los medicamentos o llegar hasta la dependencia de estos.

Por ejemplo, de estos casos surge a partir de una migraña, los adultos mayores suman y suman medicamentos para poder combatirlos, y esto predispone a caídas en las noches, pérdida de memoria entre otros, ya que muchas veces el insomnio en los adultos Mayores se pueden solucionar con cambios en el estilo de vida, sin llegar al consumo múltiple de fármacos, muchas veces la automedicación se debe por la falta de capacitación y orientación.

Según Richardson, Bennett y Kenny (2014) Observaron en su estudio que el consumo de benzodiazepinas provoca en los adultos mayores mayor número de caídas si en caso es consumido con otras pastillas, las caídas se acrecentaban, así mismo pasaba con los antidepresivos.

Tanto los benzodiazepinas como los antidepresivos son los más consumidos por los adultos mayores a lo largo de su vida, trayendo como efectos secundarios tales como: falta de equilibrio, debilidad muscular, visión borrosa, haciendo relevancia en estos efectos desfavorables en los adultos mayores, porque de esta manera los adultos mayores están más propensos a sufrir caídas.

La manera de disminuir los efectos secundarios de estos medicamentos es fomentar el ejercicio en adultos mayores, para mejorar el equilibrio, la fuerza muscular de los miembros inferiores, ya que son muy importantes mantenerlo suficientemente fuerte para evitar caídas.

Déficits Sensoriales

A medida que se envejece cambia la forma de nuestro cuerpo, así como también los sentidos (gusto, tacto, olfato, oído, vista) que dan información sobre el mundo. Estos sentidos al pasar de los años se agudizan, los adultos mayores empiezan a tener problemas para discriminar de todas las cosas que los rodea.

El estilo de vida de cada persona se ve afectado con estos cambios sensoriales, ya que puede empezar con las dificultades para comunicarse, relacionarse con otras personas, disfrutar de sus actividades laborales y sociales. Estos cambios en los adultos mayores pueden llevar al aislamiento.

La Escuela Psicopedagógica (EP, 2016) aclara que: Todos los estímulos antes de llegar al cerebro, necesita ser captado por el umbral, con el envejecimiento aumenta este umbral, eso quiere decir que la cantidad de los estímulos enviados será mayor para que el adulto mayor pueda percibir de estas sensaciones. Por la edad todos los sentidos pueden ser afectados, pero con mayor afectación son la audición y la visión.

En el adulto mayor la agudización de la vista y de la audición se llama presbicia y presbiacusia respectivamente, que llega con la edad, el estímulo que se brinda al adulto mayor será mayor, muchos de los familiares que conviven junto a ellos, tienen que hablarle

cerca al oído, para que puedan responder alguna orden, es por ello muy importante brindarle dispositivos de ayuda como lentes y audífonos para mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

La encuesta SABE (2016) demuestra que son los ojos los más afectados en los adultos mayores y en el tercer lugar son los oídos, el sexo femenino presenta mayor predominio en los déficits sensoriales.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS,2012) refiere que los problemas de déficits sensoriales de los adultos mayores presentan efectos adversos como: mermar en sus labores cotidianas, acrecentar en el número de muertes, bajo ánimo para continuar su vida social.

Sabiendo las consecuencias que ocasionan los déficits sensoriales en los adultos mayores, el Centro Integral de Atención al Adulto Mayor del distrito de Santa Anita, una vez al mes realiza campaña de salud para todos ellos, de esta manera los especialistas como los optómetras y los otorrinos, realizan las respectivas mediciones en el caso de la vista y limpieza en el caso de los oídos, esta medida preventiva evita mayores complicaciones en el adulto mayor.

Estado mental: orientado o confuso

La orientación temporal y espacial se entiende como la habilidad de la persona para mantener la orientación del cuerpo y de la postura en relación al espacio que lo rodea, es saber ¿Dónde estoy?, ¿Qué día es hoy?, ¿en qué mes estoy? En el caso de los adultos mayores muchas veces esta orientación temporal y espacial se ve alterado producto de una enfermedad o por el proceso de envejecimiento.

Según Rosselli y Shmidt (2012) refieren que existen dos tipos de cambios cognitivos que presentan los adultos mayores uno es benigno y lo otro es considerado como demencia.

Cuando se llega a los 80 años el procesamiento y la eficacia de la información que se envía al

cerebro es lenta, en la demencia existen cambios de la estructura y de sustancias químicas del cerebro en la cual los adultos mayores dejan de reconocer a sus familiares o personas más cercanas a ellos.

En el Perú según SABE (2016) los adultos mayores (15%) presenta problemas para imaginar y retener información y el 5,6% presentan problemas para mantener una conversación.

Si un adulto mayor no se encuentra orientado, en su tiempo y espacio, está en gran probabilidad para sufrir caídas, lesiones cutáneas, fracturas, etc. Los autores (Díaz, Cabrera, López, Rodríguez y Valenza, 2015) observaron que, de los 28 sujetos sin deterioro cognitivo, 29 con leve deterioro y 26 con deterioro moderado, mostraron peores resultados en relación con la marcha y el equilibrio en los adultos mayores con deterioro cognitivo, concluyendo que el nivel de gravedad del deterioro cognitivo se relaciona con el equilibrio y la marcha alterada.

Si se tiene un adulto mayor con deterioro cognitivo, sería un gran cargo para el familiar, ya que estaría al cuidado de las 24 horas, es por ello que la actividad física practicada en su tiempo libre, tiene un gran impacto sobre la salud mental del adulto mayor, con grandes beneficios, uno de ellos es mantener una mente activa, reducción de la depresión. Mantener una salud mental buena en los adultos mayores es una de las grandes metas de las entidades de la salud pública, que mediante programas buscan promover actividades físicas, talleres, deportes para el adulto mayor.

El Centro Integral de Atención al Adulto Mayor del distrito de Santa Anita, cuenta con talleres de memoria y cursos de idiomas, que permiten mejorar la retención de información, la concentración, mayor flexibilidad cognitiva que permite adaptarse a los adultos mayores a espacios inesperados.

Marcha en el Adulto Mayor

Los autores Plas, Viel y Blanc (1984) definen la locomoción humana es un acto automático donde requiere de movimientos alternados y rítmicos tanto de los miembros superiores e inferiores, así como también del tronco. Para permitir un correcto funcionamiento de la marcha, debe existir una coactivación entre los músculos agonistas y antagonistas de los miembros inferiores.

Este ciclo normal de la marcha será modificado en los adultos mayores, cuanto a la velocidad, la cantidad de pasos, la longitud de pasos, estos cambios serán más notorios en los adultos mayores de 80 años a más. La marcha segura con ayuda (andador, andador multipodal, bastones ingleses, muletas), el adulto mayor se desplaza con algunos de estos dispositivos, conservando el equilibrio; la marcha insegura con ayuda/ sin ayuda, el adulto mayor se desplaza con alguno de ayudas biomecánicas, pero no conserva el equilibrio cuando está de pie o caminando; la marcha imposible, cuando el adulto mayor no presenta condiciones físicas para realizar la marcha, producto de una enfermedad.

Los autores Villar et al.(2017) definen que, durante el proceso de envejecimiento, la marcha se deteriora de manera paulatina y terminante, más aun si la persona es mayor de 80 años. Comparando las personas de 30 a 50 años con aquellos que tienen 70 años, la diferencia de la caminata es muy notable, ya que surge ciertas modificaciones, tales como centro de gravedad, la armonización, reflejos y las capacidades físicas. Las modificaciones de la marcha conllevan alto nivel de morbilidad, riesgos de caídas, daños psicológicos, si no se toma importancia en este aspecto los adultos mayores terminan internados en el hospital.

Se puede determinar que durante el envejecimiento, la propiocepción disminuye en los adultos mayores debido a las enfermedades que aparecen por la edad, tal como la artrosis y la artritis, estos tipos de enfermedades principalmente afecta a las articulaciones, como las rodillas, las caderas, las manos y los pies, se sabe, que en las articulaciones se encuentran los

receptores propioceptivos que permite al adulto mayor orientarse en el espacio, entonces debido a la inflamación en estas articulaciones, los receptores se encuentran disminuidos, en el momento de la marcha, los pies no mandan la información adecuada, es por ello que debido a esta disminución de la propiocepción en los adultos mayores por las razones ya explicadas, tienen más riesgos a caer.

Con estas características de la marcha en el adulto mayor, ya mencionadas, se añade la proyección de la cabeza hacia adelante, flexión del tronco, flexión de cadera, flexión de rodilla y pies. Los autores (Kerrigan DC, Lee LW, Collins JJ, Riley PO, Lipsitz LA, 2001) observaron en su estudio que los adultos mayores presentan disminución separada y permanente en la extensión de la cadera durante la marcha más aun en los adultos mayores con caídas reiteradas, esto genera tensión en la cadera funcionalmente significativa que puede restringir el rendimiento en la marcha. Por ello concluyen que se podría investigar en intervenciones como los estiramientos en la cadera para mejorar el rendimiento de la marcha y la prevención de riesgos.

III. Método

3.1 Tipo de investigación

Tipo de investigación observacional. Diseño descriptivo correlacional.

3.2 Ámbito temporal y espacial

Temporal: transversal. Espacial: se llevó a cabo la encuesta en el Centro Integral de Atención al Adulto mayor del distrito de Santa Anita.

3.3 Variables

Riesgo de caídas

Actividad física

3.4 Población y muestra

La población del estudio fue 250 adultos mayores que asisten a dicha institución del centro integral de asistencia del adulto mayor del distrito de santa Anita en el 2018.

La muestra fue no probabilística intencional o por conveniencia y estuvo constituida por 50 adultos mayores que realizan talleres de manualidades en dicha institución.

Criterios de Selección:

Criterios de Inclusión:

- Adulto Mayor de 60 años a más que asiste al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor del distrito de Santa Anita.
- Adultos Mayores de ambos sexos.
- Adultos Mayores en uso de sus facultades cognitivas, que puedan responder las encuestas.
- Adultos Mayores de 60 años a más que acepte el consentimiento informado para realizar el estudio.
- Adultos mayores que solo realicen los talleres de manualidades.

Criterios de Exclusión:

- Personas menores de 60 años.
- Adultos Mayores que no asisten al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor del distrito de Santa Anita.
- Adultos Mayores que no otorguen su consentimiento informado para las encuestas.
- Adultos Mayores que no realicen talleres de manualidades.

3.4. Instrumento de recolección de datos

Para el presente estudio se utilizó dos instrumentos: la escala de Downton y el Cuestionario Mundial sobre la Actividad Física.

Para el acceso al CIAM del distrito de Santa Anita se realizaron los trámites administrativos a través de una solicitud al gerente general de dicha institución, con la finalidad de obtener la autorización.

La recolección de datos se inició en el mes de julio del 2018, desde las 9:am hasta las 5:00 pm, terminando de realizar el taller de manualidad, mientras los adultos mayores descansaban en el patio se llevó a cabo las encuestas, previa autorización por parte de ellos.

La Directiva de Prevención de Caídas del Paciente Hospitalizado del Hospital Santa Rosa(DPCPHHSR,2014) informó que la escala fue creada en 1993 por J.H. Downton, por lo cual el instrumento lleva su nombre, es usado en España y en los hospitales de dicho país, la escala de riesgo de caídas es utilizada en lima desde el 2014, donde “ Directiva de prevención del paciente hospitalizado del Hospital Santa Rosa” lo adaptó y validó, a partir de ese año es usado por el área de enfermería para aquellas personas que están internados en el hospital, sin embargo el instrumento fue utilizado en adultos mayores que asisten a sus consultas médicas en el Hospital Geriátrico PNP “ San José”, ahora es utilizado en el presente trabajo.

La escala consta de 5 ítems, en la cual el puntaje de evaluación para ser considerado “Alto Riesgo” es mayor a 2 puntos, menor a 2 puntos “Bajo Riesgo”. Esta valoración de riesgos de caídas para los pacientes adultos mayores permite aplicar medidas preventivas para mantener la integridad física del adulto mayor.

A. Caídas previas

Se considera 1 punto si el adulto mayor tuvo caída en los tres últimos meses, ya sea por tropiezos, pérdida de equilibrio 0 si no tuvo ninguna caída.

B. Medicamentos

Entre los medicamentos que más se relaciona con la incidencia de caídas en los adultos mayores encontramos los siguientes:

-Tranquilizantes o sedantes: los más conocidos y consumidos por los adultos mayores; lorazepam, bromazepam, alprazolam, diazepam, clorazepato.

-Diuréticos: los medicamentos diuréticos son utilizados para eliminar agua del organismo, por lo tanto, es consumida para el tratamiento de Hipertensión Arterial y enfermedades cardíacas.

-Hipotensores: Permite reducir la incidencia de ACV e infarto de miocardio en los adultos mayores.

-Antidepresivos: Son medicamentos que aumentan el riesgo de caídas en los adultos mayores y más cuando son complementados con otros medicamentos.

-Otros medicamentos: Aparte de los medicamentos prescritos por el médico tratante de los adultos mayores, tienen medicamentos como para la migraña, que son recetados por el médico.

C. Déficits sensitivo-motores

-Alteraciones visuales: pérdida de visión de un ojo o ambos o disminución de la agudeza visual, como por ejemplo si ve nuboso, solo contornos, etc.

-Alteraciones auditivas: si el adulto mayor no escucha con 1 o el otro oído o escucha poco los sonidos.

-Extremidades: si el adulto mayor tuvo algún accidente de daño cerebral que compromete sus extremidades o si tiene amputación.

D. Estado mental

-Orientado: Persona orientado en espacio, tiempo y lugar.

-Confuso: cuando no sabe en qué lugar se encuentra.

E. Deambulación

-Normal: Persona que presenta una marcha rítmica, alternante, de las extremidades y del tronco, con control de equilibrio y manteniendo su centro de gravedad dentro de la base de sustentación.

-Segura con ayuda: Persona que utiliza dispositivos de ayuda (bastón, andador, etc.) para desplazarse, manteniendo el equilibrio el equilibrio y la confianza para la realización de sus actividades.

-Insegura con/sin ayuda: Persona que cuando se desplaza o realiza sus actividades presenta pérdida de equilibrio, teniendo a lado un dispositivo de ayuda o sin ello.

-Imposible: Persona que no realiza marcha, por las dificultades físicas que presentan no es posible que se desplacen.

Cuestionario Mundial sobre la Actividad física (GPAQ)

Según la OMS (2010) el instrumento se desarrolló en respuesta al aumento de las enfermedades crónicas, en el 2004 el instrumento fue sujeto a una investigación rigurosa donde fue validado, de esta manera aumentar la actividad física en la población inactiva. En el presente trabajo tiene un valor de fiabilidad 0,816.

El cuestionario mundial sobre la actividad física (GPAQ) consta de tres dimensiones: en el trabajo, para desplazarse, en el tiempo libre. Dicho cuestionario valora la actividad física en los individuos, en el cual presenta una escala que es cuantitativa continua, las variables son “Actividad física total semanal” medidas en METs-minuto/semanal (incluye la duración, intensidad y frecuencia) y Conductas sedentarias por día. Mientras la otra escala es cualitativa ordinal, donde la variable es Nivel de actividad física.

3.6 Procedimientos

La encuesta se llevó a cabo en el patio donde descansan los adultos mayores previa autorización de los adultos mayores, en el mes de Julio – 2018, desde las 9 am hasta las 5pm.

3.7 Análisis de datos

Para la realización del presente de trabajo de investigación se utilizó el método R de Pearson, donde las dos variables fueron correlacionadas y la forma de presentación son tablas

IV. Resultados

Luego de la aplicación de los instrumentos adecuados para la presente investigación se obtuvo los siguientes resultados de acuerdo con el programa SPSS 21, que se presentan en siguientes cuadros:

Tabla 1
Categorización de actividad física

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO
Bajo nivel de actividad física	30	60,0%	60,0
Alto nivel de actividad física	20	40,0%	40,0
Total	50	100%	100,0

La tabla muestra que el 40% de la población presenta alto nivel de actividad física y el 60% de la muestra presenta bajo nivel de actividad física.

Tabla 2
Categorización de riesgo de caídas

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO
Bajo riesgo de caídas	17	34,0%	34,0
Alto riesgo de caídas	33	66,0%	66,0
Total	50	100,0%	100,0

la tabla muestra que el 66 % presenta alto riesgo de caídas y el 34% de la muestra bajo riesgo de caídas.

TABLA 3
Dimensiones de la escala J.H. Downton

		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE VÁLIDO
	Si	23	46,0%	46,00
Caídas previas	No	27	54,0%	54,0
	Ninguno	27	54,0%	54,0
Medicamentos	Toma f.	23	46,0%	46,0
Estado mental	Orientado	50	100%	100
Déficits-sensitivo	Ninguno	7	14,0%	14,0
Motores	Algún def.	43	86,0%	86,0
Deambulaci3n	Normal	43	86,0%	86,0
	Con ayuda	7	14,0%	14,0

La tabla muestra que el 54% de la muestra no presentaron caídas previas, el 46% si presentaron caídas previas, el 54% de los adultos mayores no toma ningún medicamento, el 46% toma fármacos, todos los adultos mayores se encontraron con buen estado mental. El 86% de los adultos mayores presenta algún déficit sentido-motor y el 14% ningún déficit sentido-motor, el 86% de deambulaci3n normal y el 14% utilizan algún dispositivo de ayuda.

Tabla 4
Correlaci3n entre riesgo de caídas y actividad física

		RIESGO DE CAIDAS	CATEGORIZACI3N DE ACTIVIDAD FÍSICA
Riesgo de Caídas	correlaci3n de Pearson	1	,17
	Sig.(bilateral)		,605
	N	50	50
Categorizaci3n de La actividad física	correlaci3n de Pearson	,17	1
	Sig.(bilateral)	,605	
	N	50	50

La tabla muestra que existe una relaci3n positiva débil en estas dos variables de estudio.

Tabla 5

Correlación entre las dimensiones de la escala J.H. Downton y actividad física

VARIABLES	ACTIVIDAD FISICA
Medicamentos	0,16
Déficits sensitivo-motores	0,259
Estado mental	0,131
Deambulaci3n	0,12
Riesgo de caídas	0,17

La tabla muestra la correlaci3n entre las dimensiones de riesgos de caídas con respecto a la actividad física, lo cual déficits sensoriales y estado mental tienen los puntajes más altos.

Tabla 6

Tabla cruzada entre actividad física y riesgo de caídas

		Riesgo de caídas		Total
		Bajo	Alto	
Actividad física	Bajo nivel de actividad física	10 58,8%	20 60,6%	30 60,0%
	Alto nivel de actividad física	7 41,2%	13 39,4%	20 40,0%
Total		17 100,0%	33 100,0%	50 100,0%

La tabla muestra que tanto los adultos mayores que presentaron alto nivel de actividad física y bajo nivel de actividad física tienen alto riesgo de caídas.

TABLA 7

Tabla cruzada entre sexo y riesgo de caídas

		Riesgo de caídas		Total
		Bajo	Alto	
Femenino		9 52,9%	23 69,7%	32 64,0%
Sexo	Masculino	8 47,1%	10 30,3%	18 36,0%
Total		17 100,0%	33 100,0%	50 100,0%

La tabla muestra que las mujeres con el 69,7% presentaron alto riesgo de caída y los varones también presentaron alto riesgo de caída con el 30,3%.

V. DISCUSION

En el estudio de Alvarado L, Astudillo C, Sánchez J, en Ecuador, en el 2013, evidenciaron según la escala de Downton que el 67,9% de la muestra en estudio presentó bajo riesgo de caídas, el 49,9% tuvo caídas previas, el 2% estuvo confuso, el 76% deambula normalmente y el mayor déficit sensorial es visual. Los adultos mayores de 74 años presentaron mayor prevalencia de caídas y aquellos que presentaron alteraciones nutricionales, no tienen parejas y el sexo femenino (40,9).

A diferencia del estudio que el 66% presentó alto riesgo de caídas, en lo que se concuerda es que las mujeres presentan mayor porcentaje en sufrir caídas, en el presente trabajo el 69,7% (mujeres) presenta alto riesgo de caídas, el motivo que en el trabajo de Alvarado los adultos mayores de 74 años y con alteraciones nutricionales hayan tenido mayor frecuencia de caídas es porque el factor alimenticio permite al adulto mayor tener suficientes energías para no caer tan fácil.

Comparando con la escala de Downton, el trabajo de Alvarado tuvo bajo riesgo de caídas en los adultos mayores porque la mayoría de los adultos mayores encuestados tenía deambulación normal, muy poco de ellos presentaron caídas previas, en el presente trabajo se obtuvo alto riesgo de caídas, ya que el 86% de los adultos mayores tenía déficits sensoriales sobre todo el déficit visual y eso es el factor influyente para tener caídas.

Se concuerda con Ernsth B, Midlöv P. & Westerlind B En Suecia, en el 2011 que el 93% de la muestra tuvo alto riesgo de caída, al igual que el presente estudio se encontró un alto riesgo de caídas con el 66%. Otro dato importante es que la mayor parte de población presentó problemas cognitivos y problemas de desnutrición, siendo en el presente trabajo un factor menos influyente ya que el 100% no tiene problema cognitivo. El problema cognitivo y el nivel de desnutrición están relacionados es por ello que estos autores encontraron estos

dos factores en porcentajes altos, también la población presentó un promedio de 7 fármacos que consumen los adultos mayores, en el presente trabajo no se tomó en cuenta la cantidad de fármacos, pero el 46% de la población toma algún medicamento y el 54% ningún fármaco.

El estudio realizado en Suecia presentó alto riesgo de caídas debido que la mayoría de los adultos mayores presentaron alto nivel de desnutrición y problemas cognitivos a diferencia del presente estudio que obtuvo alto riesgo de caídas, pero por el factor de los déficits sensoriales y porque los adultos mayores presentaron bajo nivel de actividad física (60%).

A diferencia de Bohórquez M, Lorenzo M & García A. en España, en el 2014, que el nivel de actividad física clasificó en su estudio a los que no realizan actividad física, menos de una hora y más de una hora, siendo en mayor porcentaje los que realizan más de una hora de actividad física, en el cual influyó de manera positiva la relación entre actividad física y la felicidad. En el presente estudio el nivel de actividad física de los adultos mayores encuestados fue bajo con el 60%, en el cual se relacionó con riesgos de caídas dando como resultado la correlacional positivo débil, concluyendo que no solo el nivel de actividad física podría reducir el número de caídas, sino que también existen otros factores que influyen en las caídas del adulto mayor, por ejemplo, la prevención en ambos factores tanto extrínsecos como intrínsecos.

En el ámbito nacional se concuerda con Quiñonez J. Perú, en el 2016, donde se evidencia que la mayoría de los encuestados son mujeres con el 63%, presentando alto riesgo de caídas 70 %, siendo las mujeres con alto riesgo de caídas 64,3%, entre los factores de riesgo que mayor influyen se encuentran los que consumen medicamentos y déficits sensoriales 87% y 79% respectivamente. En el presente trabajo se evidenció que el 64% son mujeres, el nivel de riesgos de caídas fue 66%, los factores que más influyeron son los que presentaron algún déficit sensitivo-motore con el 86%. Se concluye que ambos trabajos tienen como factor influyente a los déficits sensoriales, por ello en ambos trabajos de investigación presentan

alto riesgo de caídas, llegando a la conclusión de la importancia de los dispositivos de ayuda, tales como lentes, audífonos, bastones, buen calzado para evitar lesiones mortales en los adultos mayores.

Se concuerda con Zapata I. Perú, en el 2010, realizó un estudio cuasi experimental, donde las tres variables en estudio: el nivel de conocimiento de las enfermeras acerca de las caídas, grado de cumplimiento de la valoración del riesgo y las medidas de control de riesgo, tuvieron resultados significativos, donde el nivel de conocimiento incrementó de 27,5% al 95% y el grado de cumplimiento 55%, además se adicionó en la escala de riesgo de caídas la incontinencia urinaria y la edad dotándola de mayor funcionalidad.

Se concluye que es importante implementar un instrumento concreto para futuras intervenciones en el campo preventivo, ya que en el estudio se evidenció alto riesgo de caídas en los adultos mayores, por ende también se requiere de un instrumento concreto para los adultos mayores que asisten en los CIAM, ya que los adultos mayores son independientes en sus AVD y el trabajo de Zapata se experimentó en pacientes hospitalizados, una correcta evaluación de riesgos de caídas y las constantes capacitaciones a todo el personal de salud y familiares permitirán una adecuada intervención en el adulto mayor.

El autor Torres J. Perú, en el 2015, donde se evidenció que el nivel de autocuidado en la prevención de caídas fue medio 54,3% en cuanto a los factores intrínsecos, las acciones que fomentan son: actividades físicas 65,7%, uso frecuente de zapatos 80%, no consumo de alcohol 90%, en el presente trabajo se evidenció que el nivel de actividad física es bajo 60%, donde se concuerda que no solo es suficiente la actividad física en los adultos mayores para la prevención de caídas, sino influye otros factores. El nivel de autocuidado en cuantos a los factores extrínsecos fue medio 52,9%, las acciones con más predominio fue el mantenimiento de la iluminación en los ambientes de la vivienda 95,7%, pasillos libres de obstáculos 82,9%, pisos limpios no resbalosos 70%, uso de pasamanos en los vehículos al trasladarse fuera del

hogar 91,4%, en el estudio el 86% de los adultos mayores presentó déficits sensoriales (visual y auditiva), en el cual es de importancia la prevención en las acciones ya mencionados, ya que los adultos mayores presentan estos déficits sensoriales y es importante mantener un espacio adecuado donde ellos se movilizan con buena iluminación.

Se concuerda con el autor de la investigación que también es importante que los adultos mayores concienticen sobre los adecuados cuidados que deberían tener para evitar lesiones, de esta manera lograr que no solo sea en porcentajes medios, sino tener valores altos en el nivel de autocuidado, tomando en cuenta las prevenciones de los factores externos y el autocuidado resultaría eficaz en la reducción de caídas.

VI. CONCLUSIONES

- Los datos estadísticos han demostrado que los riesgos de caídas con la variable de la actividad física presentan una correlación positiva débil presentando numéricamente la cifra de R: 0.17, lo que corrobora a lo dicho en el inicio.
- El nivel de actividad física en los adultos mayores encuestados es bajo 60%.
- El nivel de riesgos de caídas es alto 66%. Los factores que mayor influyen el nivel de riesgos de caídas son los déficits sensoriales 86% seguido de la toma de medicamentos 46%.
- Las relaciones existentes entre las dimensiones de riesgos de caídas y actividad física han demostrado que de mayor nivel lo presenta la dimensión de déficits sensorial mientras que la dimensión de deambulación es de menor nivel de correlación.
- Los resultados obtenidos en la tabla cruzada de riesgos de caídas y actividad física permitieron llegar a la conclusión de que los porcentajes de bajo nivel de actividad física y alto riesgo de caídas presenta la numeración de 60,6%.
- Los resultados obtenidos en la tabla cruzada de riesgos de caídas y actividad física permitieron llegar a la conclusión de que los porcentajes de alto nivel de actividad física y alto riesgo de caídas presenta la numeración de 39,4.
- Las mujeres adultas mayores presentaron mayor riesgo de caídas 64%.

El presente estudio demostró que los adultos mayores que tenían alta y baja actividad física presentaron riesgos de caídas, eso quiere decir que la actividad física no es un factor influyente para reducir las caídas en los adultos mayores.

VII. RECOMENDACIONES

Unificar criterios para la evaluación de riesgos de caídas tomando en cuenta de los factores intrínsecos y extrínsecos para prevenir y obtener mejores resultados en la parte preventiva.

Realizar charlas a los adultos mayores sobre el autocuidado que deben tener para reducir el número de caídas.

Amplificar en el ítem de medicamentos tales como medicamentos para la diabetes, ya que la mayoría de los adultos mayores encuestados tomaban medicamentos para controlar la diabetes.

Incentivar a futuras investigaciones para dar a conocer sobre la realidad de nuestro país, sobre todo en sitios alejados de la capital, de esta manera dar el enfoque indicado a los adultos mayores.

Incentivar a los profesionales de terapia física y rehabilitación en abordar a los adultos mayores de manera multifactorial ya que el presente estudio demostró que realizar actividad física también presenta riesgos de caídas.

VIII. REFERENCIAS

Anónimo (2015, 9 de diciembre). Los diez países que más envejecerán hasta el 2050.

Infobae. Recuperado en: <https://www.infobae.com/2015/09/12/1754821-los-diez-paises-que-mas-envejeceran-2050/>.

Anónimo (2015). Estadísticas de PAM, 2015. *Comisión multisectorial*. Recuperado en:

<https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/regiones/archivo/limametropolitana2015.pdf>

Alvarado L, Astudillo C, Sánchez J. (2013). *Prevalencia de caídas en adultos mayores y factores asociados en la Parroquia SIDCAY. (tesis de pregrado)*. Recuperado en:

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

Bohórquez M, Lorenzo M & García A. (2014). Actividad física como promotor del autoconcepto y la independencia personal en personas mayores.

REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOLOGÍA DEL EJERCICIO Y EL DEPORTE.(

en línea). España: Sevilla, vol.9,nº2 pp.533-546.(consulta: agosto del 2017). ISSN

1886-8576. Recuperado en:

<https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/59364/actividad%20fisica%20como%20promotor.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Díaz, Pelegrina, Cabrera, Martos, Lopez, I, Rodríguez, Valenza, MC.(2015). Efectos del

estado cognitivo en trastornos del equilibrio y trastornos de la marcha en ancianos

institucionalizados. *Rev. Esp. Geriatr Gerontol.* 51(2):89-91

Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en EsSalud. (Febrero-abril de 2016).

Gerencia Central de la Persona Adulta Mayor y Persona con Discapacidad.

Recuperado:http://www.essalud.gob.pe/transparencia/observatorio_de_poblaciones_vulnerables/normativa/estudio.pdf

Ernst B, Westerlind B & Midlöv P. (2011). ¿Cómo evaluar la fragilidad y la necesidad de cuidado? Informe de estudio de salud y drogas en ancianos (SHADES) en viviendas comunitarias en Suecia. *Arch Gerontol Geriatric* [internet]. Julio-Agosto 2011 [citado el 28 de agosto de 2017], 51(1). pp 40-45. Recuperado en: <http://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20678818>.

Escuela Psicopedagogía Psicomotricidad y Estimulación Temprana. (2016). Alteraciones Sensoriales en el Adulto Mayor. Recuperado en: <https://es.scribd.com/document/331360844/Alteraciones-sensoriales-en-adulto-mayor#e>

Estadística de PAM 2015. *Comite Multisectorial* (2017). Recuperado en :

https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/regiones/Lima_Metro2.html

Fundo de Población de Naciones Unidas. (2015). *Adultos Mayores en el Perú*.

Recuperado en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/UNFPA-Ficha-Adultos-Mayores-Peru.pdf>

García, A., Froment, F. (2018). Beneficios de la actividad física sobre la autoestima y la calidad de vida de personas mayores. *Federación Española de Asociaciones de*

Docentes de Educacion Fisica,33,3-9. Recueperado en:

<https://recyt.fecyt.es/index.php/retos/article/view/50969/33682>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2012). *Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de*

Privación Sensorial en el Adulto Mayor. Recuperado en:

<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/611GRR.pdf>

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2015). *En el Perú viven más de 3 millones de*

adultos mayores. Recuperado en:

<https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-viven-mas-de-3-millones-de-adultos-mayores-8570/>

Kerrigan, DC, Lee, LW, Collins, JJ, Riley, PO y Lipsitz, LA. (2001). Reducción de la

extensión de la cadera al caminar: ancianos sanos y fallers vs adultos jóvenes. *Arch*

*Phys Med Rehabil.*82(1)- 26-30.

Maletin Educativo de la Salud. (s.f.).*Texto Base de Actividad Fisica*.Recuperado en:

<http://salud.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/16/2016/03/actividad-fisica-contenidos.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Actividad Física en los Adultos Mayor*. Recuperado

en:

<http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>

Organización Mundial de la Salud.(2017). *Estrategia Mundial sobre Regimen Alimentario,*

Actividad Fisica y Salud. Recuperado en :

http://www.who.int/dietphysicalactivity/physical_activity_intensity/es/

Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Datos sobre el Envejecimiento y la Salud*.

Recuperado en: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Caídas*. Recuperado en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2010). *Vigilancia global de la actividad física*.

Recuperado en:

<https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/GPAQ/es/>

Organización Mundial de la Salud [Internet]. *Inactividad Física: un problema de salud*

pública mundial [citado 17 de setiembre del 2017]. Recuperado en:

http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/es/

Organización Panamericana de la Salud [Internet] Los Adultos Mayores y el Consumo de

Medicamentos [citado el 23 de septiembre de 2017]. Recuperado en:

<file:///C:/Users/Yesenia%20Rojas/Downloads/Medicamentos-span.pdf>

Parrado E., Cervantes J., Ocaña M., Pimentel M., Valero M. y Capdevilla LL.(2009).

Evaluación de la Conducta Activa: El Registro Semanal de la Actividad Física.

Revista de Psicología del Deporte. Recuperado en:

<http://www.qualivida.org/ca/contingut/METs-CRITERIOS-PARA-VALORAR-LA-ACTIVIDAD-FISICA>

Plas F., Viel E., & Blanc Y. (1984) *Marcha Humana*. Barcelona, España: Editorial Masson.

Quiñonez J. (2016). *Riesgos de caídas en los pacientes adultos mayores del Hospital Geriátrico de la Policía San José, 2016*. (tesis de pregrado). Recuperado en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/6156/Qui%C3%B1onez_tj.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Richardson K, Bennett K, Kenny RA. Polypharmacy including falls risk-increasing medications and subsequent falls in communitydwelling middle-aged and older adults. *Age and Ageing*, 44:90-96. doi: 10.1093/ageing/afu141

Rosselli Monica, Shmidt Charles (abril, 2012). Deterioro Cognitivo Leve: Definición y Clasificación. *Revista neuropsicológica, Neuropsiquitria y Neurociencias*. Vol.12 N°1, 151-162. ISSN: 0124-1265. Recuperado en:
http://neurociencias.udea.edu.co/revista/PDF/REVNEURO_vol12_num1_12.pdf

Sociedad de Geriátría y Gerontología de Chile. (14 de Abril de 2016). *Síndrome Post Caída*. Recuperado en: <http://www.socgeriatria.cl/site/?p=452>

Situacion de la Poblacion Adulta. Instituto Nacional de Estadistica e Informatica (Junio 2017). Recuperado en: <https://www.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/boletines/ninez-y-adulto-mayor/1/>

Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátría (Actualizado 13 de mayo del 2012). *Feminización de la vejez*. Recuperado en:
<https://gerontologia.maimonides.edu/2012/05/feminizacion-de-la-vejez/>

Tejada., Leyton, V., y Zelada, L., (2014). Directiva de Prevención de Caídas del Paciente

Hospitalizado del HSR. *Oficina de Gestión de la Calidad Departamento de*

Enfermería. Recuperado en:

90.102.131.45/calidad/images/normas/seguridad/RD_137_2014-

DIRECTIVAPREVENCIONCAIDASHSR.pdf

Torres J. (2015). *Autocuidado en la prevención de caída que tiene el adulto mayor que asiste*

al Centro Integral del Adulto Mayor de Barranco. (tesis de pregrado). Recuperado

en: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1591/3/torres_j.pdf

Villar San Pío Teresa, Mesa Lampré M, Esteban Gimeno A, Sanjoaquín Romero A,

Fernández Arín E. (Marzo 15, 2017) *Alteraciones de la Marcha, Inestabilidad y*

Caídas. Recuperado en: [https://es.scribd.com/document/341915011/Capitulo-19-](https://es.scribd.com/document/341915011/Capitulo-19-Marcha-y-Caidas)

[Marcha-y-Caidas](https://es.scribd.com/document/341915011/Capitulo-19-Marcha-y-Caidas)

Zapata I. (2010). *Fortaleciendo el cuidado preventivo de enfermería” en el nivel de*

conocimientos, grado de cumplimiento de la valoración y medidas de control del

riesgo de caídas en pacientes de los servicios de medicina del Hospital Base de la

Red Asistencial Almenara, 2010. (tesis de posgrado). Recuperado en:

[file:///C:/Users/yesen/Downloads/Efectividad del programa Fortaleciendo el cuid](file:///C:/Users/yesen/Downloads/Efectividad_del_programa_Fortaleciendo_el_cuidado_.pdf)

[ado .pdf](file:///C:/Users/yesen/Downloads/Efectividad_del_programa_Fortaleciendo_el_cuidado_.pdf)