

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE TECNOLOGÍA MÉDICA, ESPECIALIDAD DE
TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

**“RIESGO DE CAIDAS Y SU RELACIÓN CON LA
CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DE
UNA CASA DE REPOSO, COMAS 2022”**

Tesis para optar el título profesional de:

**Licenciada de Tecnología Médica, Especialidad de
Terapia Física y Rehabilitación**

Autores:

Joselyn Paola Chavez Miranda
Stephanie Solange Montoya Salazar

Asesor:

Mg. Nidia Yanina Soto Agreda
<https://orcid.org/0000-0001-8430-0526>

Lima – Perú

2024

Jurado 1 Presidente(a)	JANET CARITO QUISPE CORILLA
	Nombre y Apellidos

Jurado 2 Presidente(a)	BEATRIZ HORNA ZEVALLOS
	Nombre y Apellidos

Jurado 3 Presidente(a)	NIDIA SOTO AGREDA
	Nombre y Apellidos

INFORME DE SIMILITUD

TESIS

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.upn.edu.pe Fuente de Internet	7%
2	www.scielo.org.co Fuente de Internet	2%
3	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	idoc.pub Fuente de Internet	1%
5	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	intra.uigv.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	dspace.ucacue.edu.ec Fuente de Internet	1%
8	repositorio.utn.edu.ec Fuente de Internet	1%

DEDICATORIA

Dedicamos el presente trabajo en primer lugar a Dios, quien nos ha brindado sabiduría y conocimiento para llegar hasta este momento importante de nuestra carrera profesional. A nuestros padres por darnos todo su apoyo, comprensión y paciencia durante estos años de vida universitaria.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a nuestras familias por su apoyo incondicional durante nuestra carrera profesional. A nuestra Docente Nidia Yanina Soto Agreda que gracias a sus consejos hemos podido culminar con la elaboración del presente trabajo. Finalmente agradecemos a nuestros Docentes de la Carrera de Terapia Física y Rehabilitación quienes nos orientan en el desarrollo de nuestras habilidades profesionales.

INDICE

Jurado evaluador.....	2
Informe de similitud	3
Dedicatoria.....	4
Agradecimiento.....	5
Resumen	8
Abstract.....	9
Capítulo I. Introducción.....	10
Capítulo II. Metodología	20
Capítulo III. Resultados	24
Capítulo IV. Discusión	28
Referencias bibliograficas	33
Anexo N° 1.	37
Matriz de operacionalización de variables	37
Anexo N° 2.	38
Matriz de consistencia	38
Anexo N° 3.	39
Consentimiento informado	39
Anexo N° 4.	41
Intrumento de recolección de datos	41
Anexo N° 5	47
Autorización	47

LISTA DE TABLAS

Tabla 1	: Características sociodemográficas	24
Tabla 2	: Riesgo de caídas de la muestra.....	25
Tabla 3	: Calidad de vida de la muestra	26
Tabla 4	: Relación del riesgo de caídas con la calidad de vida de la muestra.	26
Tabla 5	: Pruebas de chi-cuadrado	27

RESUMEN

Objetivo: El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar la relación del riesgo de caídas con la calidad de vida de los adultos mayores en una casa de reposo, Comas 2022.

Método: Se desarrollo un estudio de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, tipo básica, de nivel correlacional y método hipotético deductivo. Con una muestra de 70 adultos mayores pertenecientes a una casa de reposo “Corazón puro” del distrito de comas, los instrumentos aplicados fueron la escala de Tinetti y el cuestionario de Whoqol-old.

Resultados: Se pudo determinar la relación del riesgo de caídas con la calidad de vida de los adultos mayores en una casa de reposo, Comas 2022. A través del valor Rho de Spearman 11.499 y con un nivel de significancia del $p= 0,002$.

Conclusión: Se demostró que el riesgo de caídas tiene relación con la calidad de vida. Lo cual corrobora los fundamentos teóricos donde se menciona que el envejecimiento y la degeneración del aparato locomotor los hace más propensos a sufrir caídas y por consecuencia habrá un impacto negativo en la calidad de vida de los adultos mayores.

Palabras clave: Riesgo de caídas, calidad de vida, adulto mayor, enfermedades crónicas, declive funcional, deterioro cognitivo, dependencia, envejecimiento.

ABSTRACT

Objective: The objective of this research was to determine the relationship between the risk of falls and the quality of life of older adults in a nursing home, Comas 2022.

Method: A study with a quantitative approach, non-experimental design, basic type, correlational level and hypothetical deductive method was developed. With a sample of 70 older adults belonging to a nursing home "Corazón puro" in the district of Comas, the instruments applied were the Tinetti scale and the Whoqol-old questionnaire.

Results: It was possible to determine the relationship between the risk of falls and the quality of life of older adults in a nursing home, Comas 2022, through Spearman's Rho value 11.499 and with a significance level of $p= 0.002$.

Conclusion: It was demonstrated that the risk of falls is related to quality of life. This corroborates the theoretical foundations where it is mentioned that aging and degeneration of the locomotor system make them more prone to suffer falls and consequently there will be a negative impact on the quality of life of older adults.

Key words: Risk of falls, quality of life, older adults, chronic diseases, functional decline, cognitive impairment, dependence, aging.

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la población de adultos mayores se ha visto incrementada a nivel mundial, debido a la mejora de las condiciones de vida y la disponibilidad de atención médica, sin embargo, durante el envejecimiento, se acontecen una serie de cambios en su estado físico, cognitivo, emocional y social que repercuten en su calidad de vida (1). La Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que el deterioro de la capacidad funcional, el declive físico, la disminución de fuerza muscular, alteraciones en la estabilidad y patrón de marcha los hacen susceptibles a sufrir caídas (2). Siendo esto un problema recurrente que se incrementa con el paso de los años, afectando la condición de vida, generando cifras de incremento en la mortalidad y morbilidad del adulto mayor (3). Impactando así en su calidad de vida. En Estados Unidos se registran alrededor de 1.5 millones de incidentes de caídas, incluyendo aquellas que se dan por pérdida de equilibrio en individuos mayores de 75 años. De estos, aproximadamente 400,000 requirieron hospitalización (4). Estos accidentes ponen en riesgo la autonomía ocasionando dificultades a nivel social, económico y psicológico en el adulto mayor quienes experimentan el temor de volver a caer generando limitaciones en sus actividades de la vida diaria y aumentando el peligro a caídas (5). Según la base epidemiológica de España, la tasa de caídas en el adulto mayor depende de la edad, ambiente y el nivel de vida. Se estima que la incidencia de caídas va del 20% al 30% de los adultos con más de 60 años que viven en su domicilio y que a su vez sufren más de 1 caída cada año pese a ser más independientes en comparación con aquellos que viven en casas de reposo, el riesgo es aún mayor lo que conlleva a perder la independencia exponiéndolos a una vida decadente (6). La Oficina Nacional de Estadística de Tailandia, refiere que el mayor porcentaje de población longeva es del sexo femenino y que las incidencias de caídas se dan principalmente en el hogar, mientras que en el sexo masculino son en el área de trabajo o fuera del hogar. Diversos estudios señalan que existen factores de riesgo que incrementan el impacto del daño en su calidad de vida, entre ellos está la inactividad física, patologías asociadas a su salud, aislamiento social y hábitos alimenticios inadecuados (7).

A nivel de Latinoamérica y el Caribe, la vejez ha ido incrementando sus cifras en comparación con los países más desarrollados (8). Según la Organización Panamericana de la Salud, afirma que para el año 2050 la población adulta mayor superará más del 20% del porcentaje actual (9). Además, en México, la comunidad pone énfasis sobre las consecuencias de una caída en las personas adultas mayores, siendo la más grave la fractura de cadera con un porcentaje de letalidad del 50%, lo cual posiciona a las caídas como un

síndrome geriátrico de gran índole por lo que se sugiere que las evaluaciones constantes de los factores que predisponen a las caídas, van a disminuir estos porcentajes influyendo positivamente sobre la calidad de vida (10). Así mismo Chile refiere, que, según los años de vida ajustados por discapacidad, las caídas se sitúan en el decimoquinto lugar en la lista de causas por fallecimiento anticipado y años vividos con deficiencias físicas. El 2,6% son caídas que ocasionan fracturas de cadera, las lesiones graves en el 10,2% y el síndrome pos-caída en el 21%, conllevando a perder la confianza en realizar sus actividades por temor a nuevas caídas (11). Por otra parte, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) de Colombia, realizó un censo a la población, obteniendo como resultado que los adultos mayores de 65 años corresponden a un 9,2 % mientras que los adultos de 60 años ascienden a 13,4 % de la población total. Así mismo se ha demostrado que las caídas son la principal modalidad de traumatismo involuntario en estos habitantes, que se torna agravante a causa de cierta indiferencia, ya sea por la familia, la sociedad o el personal de salud, haciendo que el adulto mayor se enfrente solo a sus necesidades personales provocando un impacto negativo en su calidad de vida y que a largo plazo genere cierta dependencia al necesitar de un cuidador o predisponerlo a ingresar a un centro geriátrico (12).

En el Perú, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), refiere que existe un total de 4 millones 140 mil personas de la tercera edad y corresponden al 12.7% de la población total. Siendo el rango de 65 a 80 años quienes sufren una caída cada año y que de ellos el 68% padecerá de alguna lesión, en su mayoría originada por un deterioro funcional, alteración de equilibrio, marcha, entre otros, generando un efecto nocivo en la salud y bienestar del adulto mayor afectando la percepción de su calidad de vida a nivel físico, psicológico como el estrés, ansiedad, temor a nuevas caídas, aislamiento y fragilidad (13). Es por ello, que el objetivo de esta investigación fue determinar el nivel de relación entre el riesgo de caídas y la calidad de vida en los adultos mayores de una casa de reposo, Comas 2022.

Esta investigación se basa en los siguientes antecedentes que hacen referencia al contexto internacional y nacional:

Pérez, P, et al. (14) .Tuvieron como objetivo “Investigar los determinantes de la calidad de vida percibida entre adultos mayores independientes y cuantificar la influencia del número de caídas y la cantidad de factores de riesgo en la calidad de vida”. Se realizó un

“RIESGO DE CAIDAS Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES EN UNA CASA DE REPOSO, COMAS 2022” estudio transversal con una muestra de 572 personas. Se utilizó, el Índice de Barthel, Escala de Lawton y Brody, Escala de Tinetti y el Índice 5Q-5D. Los resultados hallaron que el índice bajo del determinante “funcionalidad” se relaciona con el bajo nivel de calidad de vida percibida (63.3%) ya que obtuvo el puntaje más inferior, así mismo está asociada a las caídas recurrentes (DM: 0,15; IC del 95%: 0,05-0,25; $P < 0,01$) dado que alcanzo un alto índice de factores de riesgo 3,1 (1,9). Entre los más predominantes fueron: problemas visuales (89,2%), fracturas previas (68,1%) y la fuerza de presión de mano (16,6 [7,1 kg]). Además, el (36,7%) de la población percibe una mejor calidad de vida con relación a la actividad física ($\beta = 0,04$; IC del 95%: 0,02-0,06). Concluyendo que los factores de riesgo y las caídas son decisivos en la calidad de vida.

Peña, E, et al (15) . Tuvieron como objetivo “Describir la calidad de vida desde el ámbito social en el que se desarrollan los adultos mayores”. Se realizó una investigación cuantitativa de corte transversal con una muestra de 75 participantes. Se utilizó el cuestionario de salud SF-36 y se recolecto información sociodemográfica. Los resultados indicaron que el 19% de la población refiere tener una mala salud; el 61% la percibe regular; el 20% indico llevar buena salud y el 31% confirma un peor estado de salud. Por otro lado, el (30,7%) de los participantes no fueron afectados en su actividad social a causa de los problemas físicos y emocionales pero el (17,3%) se vio perjudicado; el (21,3%) de manera regular; bastante al (20%) y mucho al (10,7%). En conclusión, los índices más altos de problemas sociales, emocionales y físicos generan una mala perspectiva de salud en los adultos mayores.

De la Torre, L et al (16) . Tuvieron como objetivo “Determinar el riesgo de caídas en los adultos mayores durante el periodo de confinamiento. Se realizó un estudio no experimental de cohorte transversal con una muestra de 42 adultos mayores. Se utilizaron, el Test Timed Up y Go, La Escala Downton, Escala Falls Efficacy y el Test de Tinetti. El resultado determina que el riesgo alto de caídas obtuvo un porcentaje del 80%, en el nivel moderado se obtuvo un puntaje de 20%, el nivel de riesgo bajo de caída no obtuvo ningún puntaje; todo ello se asocia con estos determinantes encontrados en esta población: Temor a nuevas caídas (100%), movilidad moderada (40%), uso de bastón y andador (35%), dependencia (18%). En conclusión, esta población tuvo una tendencia alta a sufrir caídas, y que la falta de actividad física y el confinamiento influirían negativamente en su calidad de vida.

Khalaf, M; Baris, T (17) . Tuvieron como objetivo “Conocer el impacto de las caídas, sobre la calidad de vida de los ancianos”. Se realizó un estudio transversal con una muestra

“RIESGO DE CAIDAS Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES EN UNA CASA DE REPOSO, COMAS 2022” de 90 ancianos. Los instrumentos utilizados fueron el Formulario de Introducción para Personas Mayores y la Escala de Calidad de Vida. El resultado determina el impacto tras una caída, siendo, la falta de rehabilitación 78%, presentar una fractura 38%, hospitalización 21% se relacionan con una calidad de vida baja y en nivel moderado. Se concluye que existe relación entre ambas variables y que la calidad de vida se ve afectada tras la aparición de una caída ($PAG0 < .05$), en aspectos como la funcionalidad, economía e incluso el incremento en el uso de fármacos.

Cuba, M, et al (20). Tuvieron como objetivo “Evaluar la calidad de vida de adultos mayores que pertenecen a los Centros del Adulto mayor CAM”. Se realizó un estudio longitudinal con una muestra de 99 integrantes. Se utilizó el instrumento EQ-5D-3L y la escala analógica de evaluación (EVA). Los resultados indican que la presencia de enfermedades osteoarticulares, la obesidad, enfermedades pulmonares, sensación de fatiga y problemas de audición refieren un menor puntaje al promedio ($< 78,9$) en la escala de calidad de vida generando un impacto negativo en este grupo etario. En conclusión, la dimensión más influida en la calidad de vida fue el dolor/malestar (45%,9) y de menos prevalencia fue el cuidado personal (5,0%), lo que indica que la función física es un factor relevante en la calidad de vida.

Jáuregui, A (18). Tuvo como objetivo “Determinar el nivel de calidad de vida de la persona adulta mayor en dos provincias del Perú”. Se desarrolló un estudio descriptivo con una muestra de 95 participantes. Se aplicó el cuestionario de salud SF-36. Los resultados en la provincia de Nasca indican que el nivel alto de calidad de vida se ve relacionado con las dimensiones salud mental (90%), función social y salud general (73,3%), dolor corporal (63,3%) y función física (56,7%). Con respecto, al nivel regular tiene como dimensión a la vitalidad (60%). Así mismo en la provincia de Palpa el alto nivel de calidad de vida se correlaciona con la salud mental (81,5%), salud general (76,9%) y función social (52,3%). Además, el nivel regular comprende al dolor corporal (58,5%) y vitalidad (56,9%), y por último el nivel bajo considera al rol físico (63,1%). En conclusión, los pobladores de Nasca se les atribuye un nivel alto de calidad de vida por sus porcentajes mayores en 6 de 8 dimensiones y la provincia de Nasca comprende un nivel regular.

Casca, L et al. (19). Tuvieron como objetivo “Determinar la relación entre riesgo de caídas con la fragilidad en el adulto mayor en situación de calle”. Se realizó un estudio descriptivo transversal no experimental con una muestra de 102 adultos mayores entre hombres y mujeres. Se utilizó la Escala de Tinetti modificada, el fenotipo de Fried y el Índice de masa corporal. El resultado halló que el riesgo de caídas tiene una estrecha relación con

la fragilidad con un 5% de significancia, el agotamiento con un porcentaje del 62% y la pérdida de peso no intencional con un 28% fueron los criterios más frecuentes para la fragilidad. En conclusión, las estrategias de mayor cuidado para evitar futuras caídas en los adultos mayores deben estar enfocada en la edad y la fragilidad que pueda padecer esta población.

Zavala, M (20). Tuvo como objetivo “Determinar la relación entre el riesgo de caídas y la calidad de vida en los adultos mayores del Programa Adulto Mayor del Instituto de la Familia”. Se realizó un estudio descriptivo correlacional con una muestra de 50 adultos mayores. Se utilizó la técnica de la encuesta; el cuestionario Timed up and go y Whoqol - Bref. El resultado determina que existe relación entre el riesgo de caídas y la calidad de vida a través de sus dimensiones ($p < 0,05$), en la dimensión de salud física, 44% que presentaron calidad de vida buena tenían riesgo de caídas leve: en la dimensión de salud psicológica, el 32% de los que presentaron calidad de vida regular tenían riesgo de caídas leve; en la dimensión relaciones sociales, el 34% de los que presentaron calidad de vida buena, no tenían riesgo de caídas y en la dimensión de ambiente, el 36% de los que presentaron calidad de vida buena tenían riesgo de caídas leve. Se concluye que existe relación entre ambas variables ($p < 0,000$) y que a mayor calidad de vida en las diferentes dimensiones hay un menor riesgo de caída en los adultos mayores.

Es importante dar a conocer nuestros fundamentos teóricos a través de la descripción de nuestras variables de estudio:

Envejecimiento: Se entiende, como el proceso continuo, natural e ineludible el cual genera cambios a nivel biopsicosocial que afecta significativamente en la capacidad funcional y física de las personas quienes son consideradas como “Adulto mayor” o “Población de la tercera edad” con un tiempo cronológico a partir de los 65 años (21).

Los Cambios fisiológicos en el proceso de envejecimiento son diversos entre ellos tenemos:

Sistema musculo esquelético: A partir de los 30 años de edad, la densidad ósea empieza a disminuir. En el caso de las mujeres se da tras la etapa de la menopausia provocada por los bajos niveles de estrógenos afectando el 40% de la columna vertebral y un 60% en la cadera aumentando el riesgo a fracturas. Así mismo disminuye la masa muscular conocido como sarcopenia lo cual conlleva a la pérdida de fuerza en los músculos ocasionando artropatías y caídas (22).

Sistema Cardiovascular: Estos cambios morfológicos se caracterizan por el aumento del tamaño y peso del corazón y la disminución de la laxitud en las arterias lo cual

provocaría una hipertensión arterial, entre otras enfermedades. Además, se produce una reducción en la capacidad fisiológica del corazón generando una limitación en la ejecución de las actividades cotidianas o en el ejercicio físico (23).

Sistema Respiratorio: El envejecimiento afecta a la estructura del sistema respiratorio, su función y la relación con otros órganos. En las vías aéreas hay un aumento de la rigidez y luz traqueal, en el parénquima pulmonar hay deterioro del resorte elástico pulmonar y aplanamiento de los alveolos. En la caja torácica, se da la calcificación de cartílagos costales, disminución de tono de la musculatura auxiliar; y los pulmones pierden su función de defensa lo cual genera que se exponga a contaminantes, produciendo alteraciones respiratorias agudas o crónicas (24).

Sistema nervioso: La estructura y función en el sistema nervioso se ve afectada con el paso de los años. El volumen cerebral disminuye en un 16% con la edad, en la corteza motora primaria, ocurre un enlentecimiento y desaceleración de los movimientos voluntarios que a diario realiza el adulto mayor. El cerebelo también sufre cambios asociados al envejecimiento, la corteza cerebelosa disminuye en un 28 % en conjunto con la sustancia gris y sustancia blanca. También se presenta un descenso en la cantidad de neurotransmisores liberados, principalmente la acetilcolina, serotonina y norepinefrina, que ocasionan oscilaciones antero-posteriores del cuerpo, alterando el equilibrio y aumentando el riesgo de padecer una caída (25).

Alteraciones en la marcha: El deterioro físico, modificaciones en el sistema nervioso que controla el equilibrio y el aparato locomotor, son los principales causantes de una marcha senil, se presenta con una postura inclinada y proyección anterior de cabeza, flexión del tronco, caderas y rodillas. En las extremidades superiores hay una menor oscilación de los brazos, la longitud de paso disminuye y la base de sustentación se incrementa levemente (26). La fase de balanceo disminuye y el doble apoyo aumenta colocando el centro de gravedad entre los pies, lo que favorece la estabilidad sin embargo a nivel de la columna vertebral, a causa de la disminución de altura de discos intervertebrales, se produce una cifosis dorsal que modificará el centro de gravedad haciendo que termine desplazado hacia anterior condicionando al adulto mayor a necesitar de algún apoyo externo para la marcha (26).

Caídas

Es un acontecimiento inesperado e involuntario que provoca la pérdida del equilibrio y que el cuerpo de la persona toque la superficie o tierra. Las caídas repetitivas de dos a más caídas al año, representan un problema fundamental en la población de la tercera edad

“RIESGO DE CAIDAS Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES EN UNA CASA DE REPOSO, COMAS 2022” conocido como el “síndrome geriátrico” predisponiendo al adulto mayor a padecer de limitaciones en sus actividades cotidianas provocando la incapacidad, dependencia por parte de un cuidador o familiar y numerosas patologías (27).

Factores de riesgo de caídas

Factores Intrínsecas: Son aquellos trastornos que se generan en los sistemas que ayudan a conservar el equilibrio (26) .

Alteraciones oculares: La limitación visual se relaciona entre un 25% a 50% a las caídas debido a la formación de cataratas, pérdida de la agudeza visual, alteraciones en la tolerancia a la luz y el acondicionamiento a la oscuridad (26).

Alteraciones vestibulares: Se origina una pérdida de cilios en el oído interno y cambios bioeléctricos lo que conlleva a una respuesta defectuosa al reflejo vestíbulo-ocular el cual ayuda a conservar el equilibrio cuando se da el movimiento y del reflejo de enderezamiento (26).

Alteraciones de la propiocepción: Debido a la edad se origina un daño gradual de los mecano receptores en las articulaciones con mayor dominancia en los miembros inferiores (26).

Alteraciones musculo esqueléticas: En la tercera edad, se presenta una disminución considerable de la masa muscular llamada Sarcopenia el cual origina una pérdida en la fuerza muscular del 30%, principalmente en los músculos anti gravitatorios como: los dorsiflexiones, tríceps sural, cuádriceps y extensores de cadera (26).

Factores de riesgo de caídas

Factores Extrínsecas: Son aquellos factores ambientales que acompañan a la caída, entre ellos:

Dentro del hogar: Aquellos suelos irregulares, deslizantes, con desniveles, uso de alfombras, cables u otros elementos no fijos. Iluminación insuficiente o con excesivo brillo. Escaleras sin pasamanos, escalones altos o de altura irregular. Lavamanos en desnivel, ausencia de barras de ducha y aseo. Cama estrecha y alta, mesa de noche que obstruye el paso.

En la calle: Aceras con pavimento defectuoso, o deslizante; semáforos de breve duración, bancos a una altura inadecuada.

En los medios de transporte: Escaleras de acceso muy alto, movimientos bruscos del vehículo, tiempos cortos para subir o bajar del autobús.

Factores iatrógenos: Entre éstos, el más importante es el producido por fármacos y de una dosificación elevada sin tener en cuenta los ajustes necesarios (26)

Consecuencias de las caídas

Nivel Físico: Las caídas pueden ocasionar contusiones, heridas, desgarros, fracturas, traumatismos craneoencefálicos, torácicos y abdominales. La duración del adulto mayor en el suelo tras una caída puede conllevar a presentar hipotermia, deshidratación, úlceras por presión e infecciones. La herida, se suele presentar con desgarros y por necrosis de los bordes, implicando un retraso en la curación y cicatrización de los tejidos. Las fracturas aumentan conforme la edad y las caídas periódicas, siendo las principales las fracturas de cadera, pelvis y muñeca (26).

Nivel Psicológico: El síndrome post caída, que es el miedo a volver a caer, conlleva a diversos cambios en su comportamiento haciendo que el adulto mayor presente una disminución de las actividades físicas habituales y sociales. A su vez, la ansiedad a presentar una nueva caída y la sobreprotección negativa por parte de la familia, condiciona a que el anciano sea llevado a una casa de reposo (26).

Nivel Socioeconómico: Las caídas generan unos costos directos e indirectos. Aquellos que han sufrido algún accidente visitan con más frecuencia a su médico, acuden al servicio de emergencia y son ingresados con mayor frecuencia a hospitalización. Los costos indirectos son ocasionados por un aumento de la necesidad de cuidadores y de la institucionalización debido a las secuelas de la inmovilidad (26).

Calidad de vida: La calidad de vida se plantea según las necesidades y es determinada desde la percepción individual. Esta percepción de la salud va acorde según el sexo, la ocupación, el nivel educativo, el apoyo familiar y del hogar, es por ello que la calidad de vida es un concepto multidimensional que además implica años de vida saludables, esperanza de vida, la participación en grupos sociales y la práctica de actividad física (28). Desde la perspectiva cualitativa, se compone por la satisfacción de necesidades psicológicas y sociales, elementos de salud y bienestar general, sus valores, expectativas y objetivos, nivel de independencia, las relaciones sociales y del entorno (29).

Dimensiones de la Calidad de Vida

Bienestar emocional: Hace referencia a la felicidad, espiritualidad, satisfacción con uno mismo, y a la seguridad personal (30).

Relaciones interpersonales: Interacciones con la familia, amistades, intimidad, afecto y apoyo (30).

Bienestar material: Indica lo siguiente; estatus socioeconómico, alimentos, derechos, empleo y pertenencias (30).

Desarrollo personal: Señalan como parte de esta dimensión a las habilidades, logro personal y formación (30).

Bienestar Físico: Es la percepción de la salud y el estado físico del individuo, capacidad para el trabajo, ejecución de las actividades diarias, movilidad y alimentación (30).

Autodeterminación: Refieren a la independencia, decisiones, control de las emociones y metas personales (30).

Inclusión social: Se mencionan a la condición social, entorno laboral y a la incorporación e intervención social (30).

Derechos: Designa al consentimiento al voto, privacidad, acceso a los derechos a la población en general, capacidades especiales y compromiso social (30).

Calidad de vida relacionada a la salud del adulto mayor

En la vejez, la calidad de vida relacionada a la salud es el resultado de la vida que llevaron, desde el contexto social, económico e institucional (31). La afectación que hay en la salud sobre la calidad de vida es una percepción propia de cada adulto mayor y presenta diferentes dimensiones: Evitar y prevenir síntomas como dolor, dificultad respiratoria, náuseas entre otros, Sensación de buena salud física y emocional, Ser apto para realizar sus actividades de vida diaria, preservar sus relaciones interpersonales y actividades sociales, satisfacción de la atención médica y de su imagen corporal (32).

Por todo lo antes mencionado es importante formular las siguientes preguntas, objetivos e hipótesis:

Pregunta de Investigación

Pregunta general

PG. ¿Cuál es la relación del riesgo de caídas con la calidad de vida de los adultos mayores en una casa de reposo, Comas 2022?

Preguntas específicas

P1. ¿Cómo es la calidad de vida en adultos mayores en una casa de reposo, Comas 2022?

P2. ¿Cuál es el riesgo de caídas en los adultos mayores en una casa de reposo, Comas 2022?

P3. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los adultos mayores en una casa de reposo, Comas 2022?

Objetivo de Investigación

Objetivo general

OG. Determinar la relación del riesgo de caídas con la calidad de vida de los adultos mayores en una casa de reposo, Comas 2022.

Objetivos específicos

- O1.** Identificar el riesgo de caídas de los adultos mayores en una casa de reposo, Comas 2022.
- O2.** Identificar la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores en una casa de reposo, Comas 2022.
- O3.** Conocer las características sociodemográficas de los adultos mayores en una casa de reposo, Comas 2022.

Hipótesis de Investigación

Hipótesis General

- H1.** Existe relación significativa entre el riesgo de caídas con la calidad de vida de los adultos mayores en una casa de reposo, Comas 2022.
- H0.** No existe relación significativa entre el riesgo de caídas con la calidad de vida de los adultos mayores en una casa de reposo, Comas 2022.

Por consiguiente, justificamos esta investigación porque existe la necesidad de estudiar y abordar a la población de adultos mayores en nuestro contexto ya que se enfrentan a diversas situaciones problemáticas como la falta de acceso a los servicios básicos, así como los bajos niveles de participación social, el maltrato y la discriminación dando lugar a un envejecimiento inadecuado (33). Así mismo, los adultos mayores están predispuestos a sufrir accidentes como las caídas, siendo estos los que ocupan el 5to lugar por causa de muerte en esta población, ya que conforme envejecemos se da un deterioro fisiológico y a su vez, se pierde gran parte de las habilidades cognitivas y motoras como el equilibrio, alterando la funcionalidad, lo cual es un aspecto básico para realizar cualquier actividad de la vida diaria, aumentando el riesgo a sufrir episodios de caídas y ocasionando problemas considerables a nivel físico, psicológico, social y económico que afectan tanto al paciente, a su familia y a la sociedad suscitando un impacto negativo en la calidad de vida de esta población (34). Por lo tanto, es imperativo determinar la relación del riesgo de caídas con la calidad de vida en esta población durante su estancia en una casa de reposo, a través de valoraciones geriátricas, obtener información de los riesgos y/o limitaciones funcionales que los predispongan a caídas. Por este motivo esta investigación contribuye en la generación de nueva evidencia y servirá como precedente para estudios posteriores, generar un plan de intervención y realizar evaluaciones integrales que conlleven a tomar medidas preventivas por los profesionales de la salud con el fin de disminuir el riesgo de caídas y así evitar las diversas consecuencias ocasionadas por esta.

CAPÍTULO II. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, ya que se recopilan y analizan datos para determinar el nivel de relación entre las variables de investigación, generar y probar una hipótesis que será aprobada o refutada a través de la medición numérica y estadística para establecer los patrones de conducta en una población (35). El tipo de investigación elaborado fue básico porque contribuye a ampliar nuestro conocimiento teórico de modo sistemático con la finalidad de desplegar los hallazgos (36). El nivel de investigación corresponde al correlacional ya que describe la relación entre dos variables (riesgo de caídas y calidad de vida) para mostrar la forma en la que interactúan y se ven afectadas entre ellas (37). El diseño que aplica este estudio fue no experimental puesto que se realizó sin manipular intencionalmente las variables independientes, describiendo y explicando los fenómenos en su entorno original (38). El método empleado fue hipotético/deductivo porque comenzó con la formulación de una hipótesis previamente establecida a través del razonamiento reflexivo, llevándola a un proceso de deducción, y determinando las consecuencias básicas de la propia hipótesis, para de esta forma someterla a verificación (39).

Se consideró para esta investigación una población finita por que se tenía conocimiento del número exacto de individuos que colaboraron en el estudio y estuvo conformado por (n=70) adultos mayores pertenecientes a una casa de reposo “Corazón puro” del distrito de Comas, 2022. Con el fin de alcanzar la muestra se utilizó el muestreo no probabilístico, y la selección se fundamentó en los criterios de inclusión y exclusión, logrando establecer una muestra con características en común y se consideró un mínimo de 50 adultos mayores que garantizaron su participación en esta investigación.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: Adultos mayores que aceptaron ser parte de este estudio de manera voluntaria y que firmaron el consentimiento informado; cuyo rango de edades fluctuaba entre 65 a 80 años; se consideró ambos sexos, adultos mayores institucionalizados en la casa de reposo “Puro corazón” que se encuentren orientados en tiempo, espacio y persona. Cabe mencionar que fueron excluidos del estudio, adultos mayores con déficits cognitivos (demencia, retraso mental, alteración de la audición), problemas motores graves, adultos mayores con afección del sistema vestibular, personas mayores con lesiones anteriores graves de miembros inferiores, columna y cadera que impidan su desplazamiento.

Referente a las técnicas e instrumentos de recolección y análisis de datos: se consideró la técnica de observación ya que nos permitió tener una percepción racional y planificada de los fenómenos relacionados con el objetivo de la investigación con la finalidad de describir y registrar de manera sistemática a la población (40). Además, se utilizó la técnica de encuesta ya que nos permitió adquirir los datos de manera más eficiente de nuestra muestra para explicar ciertas características de los adultos mayores en relación al riesgo de caídas al finalizar el estudio (41). Los instrumentos que se usaron para la recolección y análisis de datos fueron:

Escala de Tinetti: Es un instrumento muy conocido, fue creado por la Dra. Tinetti para realizar una valoración de la movilidad del adulto mayor en los dominios de marcha y el equilibrio, proporcionando una información más completa para evaluar el riesgo de caída, establecer si hay o no alteraciones en la marcha y en el equilibrio que precisen de una intervención, y valorar la presencia de posibles trastornos neurológicos. La escala está compuesta por 9 ítems de equilibrio y 7 de marcha (42). En cuanto a la marcha, el entrevistador camina detrás del paciente y le indica que responda a las preguntas relacionadas con la deambulación. Para valorar el equilibrio, el entrevistador permanece de pie junto al paciente, enfrente y a la derecha, vigilante de la situación. Las respuestas se califican como 0, es decir, la persona no logra o mantiene la estabilidad en los cambios de posición o tiene un patrón de marcha inapropiado y se considera como anormal; la calificación de 1, significa que logra los cambios de posición o patrones de marcha con compensaciones posturales; por último, la calificación 2, es aquella persona sin dificultades para realizar las diferentes tareas de la escala y se considera como normal (42). El puntaje máximo del equilibrio es 16 y el de la marcha 12, de la suma de ambos se obtiene un puntaje total de 28, del cual se considera riesgo alto de caídas: menos de 19 puntos; riesgo de caídas: de 19 a 23 puntos, y riesgo bajo o leve: de 24 a 28 puntos. (42).

Respecto a la Validez y confiabilidad de la Escala de Tinetti: Actualmente las caídas se posicionan como la principal consecuencia de la falta de movilidad y equilibrio en el adulto mayor. Es por ello, que los autores Rodríguez, C et al (43). Llevaron a cabo su investigación “Validez y confiabilidad de la Escala de Tinetti para población colombiana”. Con el objetivo “Validar la Escala de Tinetti, a partir de su versión original, para el uso en población colombiana”. Con una muestra de 90 adultos mayores en el año 2012.

Demostrando que, en la validez de contenido, la matriz de los componentes principales, en las variables de equilibrio, 11 de las 25 se posicionaron en la primera dimensión, 5 en la segunda y 9 en ninguna, lo que indica la presencia de factores subyacentes

que no se correlacionan con los dos primeros factores. Respecto a las variables de la marcha, de las 23 variables, 15 fueron positivas (valores $>0,3$) hacia la primera dimensión y las demás no fueron significativas. En la validez de constructo, se constató que la escala difiere el grupo de los sanos que de los enfermos; en 46 de las 48 respuestas de la escala se halló diferencias estadísticamente significativas. Los dos ítems, donde no se halló diferencias estadísticamente significativas fueron con los ojos cerrados ($p: 0.226$) y simetría del paso ($p: 0.274$). Los ítems con más porcentaje de respuesta fueron: capaz de levantarse en el primer intento con 55.6% en el grupo de los sanos y 32.2% en el grupo de los enfermos y en la pregunta no vacila con 56.2% y 34.8%, respectivamente. En la validez de criterio concurrente, se consideró como referencia el puntaje total y el tiempo empleado en realizar la prueba “Timed up and go”, y se obtuvo correlación que la más alta fue del puntaje total $r: -0.82$, con respecto al puntaje de equilibrio $r: -0.75$ y marcha $r: -0.80$. De todos ellos, el más útil en el aspecto clínico es el puntaje total ya que predice el riesgo de caídas, por lo cual se demuestra que esta escala cumple con el criterio de validez y es de amplio uso. Finalmente, respecto a la fiabilidad se halló que tiene una consistencia excelente entre todos los ítems de la escala (alfa de Cronbach: 0.94 para equilibrio y 0.745 para marcha) (43).

Cuestionario WHOQOL-OLD: Es un instrumento que mide la calidad de vida, está conformado por un total de 24 ítems en escala Likert de 5 opciones, conformado por 6 dimensiones: “Capacidades sensoriales”, “Autonomía”, “Actividades pasadas, presentes y futuras”, “Participación Social”, “Muerte y morir” y “La intimidad”. Cada una de estas dimensiones tiene 4 elementos y las puntuaciones se comprenden de 4 a 20 puntos (44). Pudiendo combinarse con la finalidad de obtener una puntuación total para la calidad de vida en los adultos mayores, siendo lo más cercano como satisfactorio o positivo de la percepción que tienen de esa dimensión y los ítems. Es por ello que se considera mala calidad de vida desde la puntuación 24 al 48, medianamente buena del 49 al 72 y buena del 73 al 120 de puntaje (44).

Respecto a la Validez y confiabilidad del Cuestionario WHOQOL-OLD: Se tomó en consideración la investigación de los autores Barboza, et al (45). “Medición de la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados de Lima (Perú). Con el objetivo “Analizar las propiedades de medición del cuestionario de calidad de vida WHOQOL-OLD en adultos mayores peruanos institucionalizados”. Con una muestra de 300 adultos mayores en el año 2020. Se evidencio que el análisis descriptivo muestra afinación con el modelo teórico que expone el instrumento, siendo aprobado a través de la prueba Kolmogorov-Smirnov con puntajes menores a 0.5 demostrando una división normal para efectuar un

“RIESGO DE CAIDAS Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES EN UNA CASA DE REPOSO, COMAS 2022” análisis convergente empleando el análisis de correlación de Spearman (ρ) (45). Acerca de la validez convergente de las dimensiones autonomía ($r_s = .13, p < .05$) y participación social ($r_s = .16, p < .01$) del WHOQOL-OLD tienen una relación efectiva y significativa con el ICV. Por otra parte, se ha conseguido examinar que la mayoría de los ítems indican un nivel idóneo de homogeneidad, ya que cumplen con los criterios de correlaciones requeridas para su validez. Confirmándose que todas las dimensiones tienen una adecuada carga factorial superando el valor de .30. Cumpliendo con los criterios de validez. Referente a la confiabilidad, se estimó los coeficientes de alfa de Cronbach (α) y omega (ω), de igual manera se obtuvo el análisis por cada dimensión siendo los siguientes valores: capacidades sensoriales ($\alpha = .94; \omega = .96$), independencia ($\alpha = .95; \omega = .96$), actividades ($\alpha = .94; \omega = .94$), intervención social ($\alpha = .96; \omega = .96$), fallecimiento ($\alpha = .95; \omega = .95$), intimidad ($\alpha = .97; \omega = .97$). dando como resultado un nivel superior al 0.70 demostrando un nivel alto de fiabilidad (alfa de Cronbach entre .94 y .98) (45).

Respecto a los procedimientos que permitieron la recolección y análisis de datos, se solicitó la autorización correspondiente al representante legal de la casa reposo “Corazón puro” para poder tener acceso a la población de interés y a su vez coordinar la disposición de los participantes, posterior a ello se realizó una reunión de manera presencial donde se les explico los beneficios de su participación y se informó la dinámica de evaluación a través del cuestionario de WHOQOL-OLD y Escala de Tinetti. Luego de haber aplicado los instrumentos se procedió con la tabulación de la información adjuntada en el programa SPSS 28 para la elaboración de las tablas estadísticas que describen los resultados finales de las variables. Para el análisis inferencial se utilizó la prueba estadística CHI cuadrado. Considerando como variables estadísticas cuantitativas ordinales buscando establecer la relación entre ellas. Cabe precisar que se respetaron las consideraciones éticas y los principios bioéticos propuestos en la declaración de Helsinki como la beneficencia, no-maleficencia, autonomía y justicia. El principio bioético fundamental y sobre el que se basan los enumerados anteriormente es el "respeto a la dignidad de la persona" justificado en un enfoque integral y humanista de la asistencia sanitaria. Así mismo, se respetó el anonimato de todos los participantes del estudio, para mantener la confidencialidad de la persona según lo referido a la Ley N ° 29733 (“Ley de Datos Personales”). Además, se utilizó un consentimiento informado (Anexo x) garantizando la participación voluntaria de los adultos mayores.

CAPITULO III. RESULTADOS

Análisis Descriptivo

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

Tabla 1 : Características sociodemográficas

	fi	%
<i>Sexo</i>		
Femenino	19	62%
Masculino	31	38%
<i>Edad</i>		
[65 - 68>	13	26%
[68 - 71>	7	14%
[71 - 74>	9	18%
[74 - 77>	11	22%
[77 - 80]	10	20%
<i>Patologías</i>		
Otras patologías	14	28%
HTA	11	22%
Artrosis	6	12%
Diabetes tipo 2	6	12%
ACV	5	10%
Osteoporosis	5	10%
Alteración visual	3	6%
<i>Fármacos consumidos</i>		
Vitaminas	17	34%
Captopril (Antihipertensivo)	11	22%
Arcoxia (AINES)	6	12%
Metformina (Antiglucemiante)	6	12%
Warfarina (Anticoagulante)	5	10%
Raloxifeno (SERM)	5	10%
<i>Estado civil</i>		
Casado	22	44%
Divorciado	10	20%
Viudo	10	20%
Soltero	8	16%
<i>Grado de instrucción</i>		
Técnico	23	44%
Superior	20	20%
Básico	7	16%
Total	50	100%

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 1 describe las características sociodemográficas de la muestra donde predomina el sexo femenino con un 62%. Además, el rango de edad más frecuente de los adultos mayores se dio en el rango de 65 a 68 años con un 26%, siendo el menor porcentaje 14% entre las edades de 68 a 71 años. De acuerdo a las patologías asociadas, la hipertensión arterial corresponde al 22%, artrosis 12%, diabetes tipo 2 12%, ACV 10%, osteoporosis 10% y la alteración visual con un puntaje mínimo del 6%. Respecto a los fármacos consumidos el 34% consumen vitaminas, 22% antihipertensivos, 12% AINES, 12% Antiglucemiantes; 10% anticoagulantes y el 10% SERM. En cuanto al estado civil el 44% están casados mientras que el 16% solteros. Finalmente, el grado de instrucción demuestra que el 44% tuvo una educación técnica, el 20% superior y el 16% básico.

EVALUACION DEL RIESGO DE CAIDAS DE LA MUESTRA EN TÉRMINOS DE LA ESCALA DE TINETTI.

Tabla 2 : Riesgo de caídas de la muestra

Categorías	fi	pi	Pi
Bajo riesgo de caídas	16	32%	32%
Riesgo de caídas	17	34%	66%
Alto riesgo de caídas	17	34%	100%
Total	50	100%	

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 2 describe el nivel de riesgo de caídas de la muestra, evidenciándose que los adultos mayores participantes presentaron alto riesgo de caídas con 34%, riesgo de caídas 34% y bajo riesgo de caídas 32%. Observándose que el mayor porcentaje se encuentra tanto en alto riesgo de caídas y riesgo de caídas con 34%.

CALIDAD DE VIDA DE LA MUESTRA EN TÉRMINOS DE LA ESCALA WHOQOL-OLD.

Tabla 3 : Calidad de vida de la muestra

Categorías	fi	pi	Pi
Mala	21	42%	42%
Medianamente buena	14	28%	70%
Buena	15	30%	100%
Total	50	100%	

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 3 evidencia la calidad de vida de la muestra, registrando que el 42% de los adultos mayores encuestados presentan calidad de vida mala, el 30% calidad de vida buena y el 28% presentan calidad de vida medianamente buena. Demostrando que el porcentaje más alto se encuentra en la calidad de vida mala con 42%.

MATRIZ DE CORRELACION DEL RIESGO DE CAIDAS CON LA CALIDAD DE VIDA DE LA MUESTRA.

Tabla 4 : Relación del riesgo de caídas con la calidad de vida de la muestra.

<i>Riesgo de caídas</i>	Calidad de vida					
	Mala		Medianamente buena		Buena	
	fi	pi	fi	pi	fi	Pi
Bajo riesgo	3	6%	5	10%	8	16%
Riesgo de caídas	6	12%	7	14%	4	8%
Alto riesgo de caídas	12	24%	2	4%	3	6%
	23	42%	12	28%	15	30%

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 4 se aprecia la relación del riesgo de caídas con la calidad de vida de la muestra, los adultos mayores que presentaron un bajo riesgo de caídas, el 6 % percibe su calidad de vida como mala; el 10% medianamente buena y el 16% buena. Respecto a los adultos mayores que presentaron riesgo de caídas, el 12% presento una calidad de vida mala ;14% medianamente buena y el 8% buena. Finalmente, los adultos mayores que presentaron alto riesgo de caídas, el 24% percibe su calidad de vida como mala, el 4% medianamente buena y solo el 6% buena.

ANÁLISIS INFERENCIAL

PRUEBA DE HIPÓTESIS GENERAL

Desarrollo de la hipótesis general.

H1. Existe relación entre el riesgo de caídas con la calidad de vida de los adultos mayores en una casa de reposo, Comas 2022.

H0. No existe relación entre el riesgo de caídas con la calidad de vida de los adultos mayores en una casa de reposo, Comas 2022.

Nivel de significación: 0.05

Prueba Estadística: Chi cuadrado $\chi_c^2 = \sum \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$

Tabla 5 : Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,499	4	0,002
Razón de verosimilitud	11,609	4	0,021
Asociación lineal por lineal	8,113	1	0,004
N de casos válidos	50		

Fuente: Resultados obtenidos a través de Chi-cuadrado

En la tabla 5 se aprecia que el valor calculado $p = 0,002$ es menor que el nivel de significancia $\alpha = 0,05$, podemos concluir que a un nivel de significación del 5%, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna; es decir que existe relación entre el nivel de riesgo de caídas con la calidad de vida de los adultos mayores en una casa de reposo, Comas 2022, lo cual ha sido corroborado mediante el estadístico de prueba Chi cuadrado χ^2 , con un valor de 11.499 cuyas evidencias se adjuntan.

CAPITULO IV. DISCUSIÓN

Los hallazgos encontrados en nuestra investigación evidenciaron la relación del riesgo de caídas con la calidad de vida en los adultos mayores de una casa de reposo, Comas 2022. A través de los resultados adquiridos por el valor de Chi-cuadrado de Pearson $\chi^2 = 11,499$ y con un nivel de significancia $p = 0,002$. Estos resultados se asemejan con los resultados del autor Zavala, M. El cual refiere que el riesgo de caídas se relaciona con la calidad de vida en los adultos mayores, con un nivel de significancia de ($p < 0,05$). Esta evidencia indica que debido a los cambios fisiológicos durante la vejez conllevan a alteraciones a nivel sistémico suscitando un déficit en las habilidades motoras y cognitivas al realizar sus AVD de modo que aumenta la exposición a caídas provocado por el declive funcional y el deterioro cognitivo generando un impacto nocivo en la calidad de vida en el adulto mayor.

Los autores Cuba, M. et al. Establecieron que la presencia de comorbilidades más frecuentes fueron las enfermedades osteoarticulares 53,5%, hipertensión arterial 41,4% y diabetes mellitus 22,2%. Estos resultados guardan semejanza con los nuestros, ya que también se pudo demostrar que existen factores asociados y que las patologías de mayor predominancia fueron la HTA 22%, artrosis 12%, diabetes tipo 2 12%, osteoporosis 10%. Esto se debe a que el proceso de envejecimiento trae consigo al desarrollo de patologías crónicas tales como las enfermedades degenerativas, cardiovasculares, alteraciones metabólicas además de un mal hábito alimenticio, polifarmacia y la disminución de la actividad física sumado a ello el deficiente acceso al sistema de salud para los adultos mayores genera una variedad de efectos adversos como el descenso de su funcionalidad, dependencia, institucionalización y minusvalía repercutiendo sobre su autonomía e independencia afectando negativamente su calidad de vida.

Los autores Casca, L et al. Evidenciaron que el 1% de los adultos mayores tuvieron alto riesgo de caídas, 27% riesgo de caídas y 72% bajo riesgo de caídas. Es importante hacer mención que estos resultados no concuerdan con nuestro estudio ya que se identificó que el 34% presentaron alto riesgo de caídas y riesgo de caídas y 32% bajo riesgo de caídas. Por ende, enfatizamos la diferencia entre la población de estudio siendo grupos de AM institucionalizados y no institucionalizados. Sabiendo que al ser personas institucionalizadas se crea ciertas modificaciones en sus hábitos y estilos de vida los cuales son factores de riesgo incapacitantes ya que muchas veces va a mermar la actividad física por lo que se asocia a una mayor dependencia en las AVD teniendo en cuenta esto existe mayor

“RIESGO DE CAIDAS Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES EN UNA CASA DE REPOSO, COMAS 2022”
prevalencia a la dependencia funcional en los institucionalizados que en aquellos que viven en sus hogares.

Nuestros resultados se asemejan con los resultados de los autores Khalaf, M et al. Ya que refieren que la edad con mayor predominancia fue de 65 a 74 años con 56,7%, enfermedades crónicas con 65.6%, uso de más de 3 tipos de medicamentos al día con 34,2%. Por lo tanto, nuestra investigación muestra el siguiente hallazgo, en cuanto a la edad se obtuvo de 65 a 68 años con un 26%, patologías asociadas en mayor porcentaje la hipertensión arterial con 22%, artrosis 12%, diabetes tipo 2 12%, y fármacos con 34%. Por ende, el adulto mayor va a desarrollar enfermedades crónicas y es importante el consumo adecuado de los medicamentos en cantidad y horarios establecidos, evitando de esta manera un descenso mayor de su estado funcional y no empeore su calidad de vida.

Los autores Pérez, et al. Establecieron que las comorbilidades más prevalentes fueron hipertensión arterial (65,9%), hiperlipidemia (43,4%), osteoporosis (33,5%), diabetes (28,5%). Estos resultados poseen similitud con nuestras características sociodemográficas donde la hipertensión arterial corresponde al 22%, artrosis 12%, diabetes tipo 2 12%, ACV 10%, osteoporosis 10%. Ambos resultados nos muestran enfermedades crónicas, el adulto mayor atraviesa un déficit sistémico, el aparato locomotor experimenta una disminución en su fuerza y resistencia. De no tomar las medidas necesarias traerían consigo daños en su estado de salud y bienestar físico.

Los autores de la Torre, L et al. Establecieron que existe riesgo de caídas con 16% y riesgo alto de caídas 84%. Estos resultados se asemejan a nuestros hallazgos mostrando que en riesgo de caídas posee 34% y alto riesgo de caídas 34%. Por ende, ambos resultados muestran la predisposición de los AM a las caídas, y esto traería un impacto negativo en la salud de esta población ya que los traumatismos traerían consigo lesiones, incapacidad funcional, pérdida de independencia, presencia de miedo y todo ello la calidad de vida del AM.

Conclusiones:

Se logró determinar la relación del riesgo de caídas con la calidad de vida en los adultos mayores que participaron en nuestro estudio. A través del valor calculado de Chi-cuadrado de Pearson $\chi^2 = 11,499$ y con un nivel de significancia $p = 0,002$. Comprobando los fundamentos teóricos en los que se menciona, que el envejecimiento trae consigo cambios fisiológicos como: problemas cardiovasculares, menor actividad neuronal, reducción en la conducción de los reflejos, sarcopenia, disminución en la densidad ósea siendo este último el más perjudicial debido al consumo excesivo de fármacos, malos hábitos alimenticios el cual genera pérdida en las habilidades cognitivas y motoras tales como problemas en el equilibrio, dificultad para caminar, mantenerse de pie, lentitud en los movimientos y en las reacciones a estímulos aumentando el riesgo a padecer caídas lo cual es un aspecto básico para realizar cualquier actividad de la vida diaria ocasionando a largo plazo una codependencia funcional que afectan tanto al paciente, a su familia y a la sociedad suscitando un impacto negativo en la calidad de vida en el adulto mayor.

Se logró identificar el nivel de riesgo de caídas que presentan los AM que participaron de nuestro estudio: el 34% presenta alto riesgo de caídas, 34% riesgo de caídas y finalmente 32% bajo riesgo de caídas. Por lo tanto, estos resultados mantienen concordancia con las apreciaciones teóricas sobre los cambios fisiológicos que se dan con el envejecimiento, el deterioro del aparato locomotor como la alteración del equilibrio y el patrón de marcha, sumado a los factores extrínsecos e intrínsecos como las enfermedades crónicas y las barreras arquitectónicas, fomentando la predisposición a las caídas.

Se logró identificar que la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores que participaron en la investigación evidencia que el 42% presenta un nivel de calidad de vida mala, el 30% calidad de vida buena y 28% calidad de vida medianamente buena. Por lo tanto, en base a lo que se muestra, los adultos mayores institucionalizados suelen tener una mala perspectiva con relación a su calidad de vida debido a que tuvieron que pasar por la transición de vivir de manera independiente en sus hogares con sus familiares a trasladarse a una casa de reposo con personas desconocidas perdiendo parte de su privacidad e intimidad contribuyendo a un deterioro cognitivo precoz y donde muchas veces tienen limitaciones para desarrollarse con plenitud. La restricción a su libertad y toma de decisiones dentro y fuera del recinto ya sea para salir a pasear, relacionarse con personas de su edad, participar de actividades sociales o realizar alguna actividad básica va generando aislamiento social y un declive funcional afectando nocivamente su salud física y psicológica por el estrés

“RIESGO DE CAIDAS Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES EN UNA CASA DE REPOSO, COMAS 2022”
causado por el cambio de estilo de vida y el miedo a su pérdida total de independencia y autonomía.

Se pudo conocer las características sociodemográficas de los adultos mayores hospedados en una casa de reposo en el distrito de Comas. Recalcando que, respecto a la edad, el rango más frecuente fue de 65 a 68 años con un 26%, el sexo predominante fue femenino con 62%; las patologías de mayor porcentaje fueron las enfermedades crónicas (hipertensión arterial con 22%, artrosis 12%, diabetes tipo 2 12%). Los fármacos consumidos con mayor frecuencia fueron, vitaminas con 34%, antihipertensivos un 22%, AINES 12%, Antiglucemiantes 12%. Sabemos que, a partir de los 65 años en adelante se presentan cambios significativos a nivel físico y mental; el sexo femenino se encuentra más expuesta a enfermedades asociadas a su rol dentro de la sociedad, la dependencia física, disminución de su masa muscular y ósea también las hace más propensas a sufrir accidentes; las patologías crónicas como la HTA, artrosis y diabetes, podrían generar un déficit en su funcionamiento a nivel sistémico sumado al consumo de fármacos lo que también podría predisponer a caídas. Estas características generan una alta predisposición a las caídas influyendo negativamente en la calidad de vida.

Recomendaciones:

Se recomienda que todos los centros diurnos instauren evaluaciones geriátricas integrales de manera periódica que ayuden a determinar el nivel de riesgo de caídas en los AM, asimismo instruir y asesorar a su personal en la práctica para que manejen situaciones de fragilidad y compromiso funcional en búsqueda de un envejecimiento saludable y una óptima calidad de vida.

Se recomienda crear programas fisioterapéuticos enfocados en mejorar equilibrio, coordinación, estabilidad de tronco, fortalecimiento de miembros superiores e inferiores y reeducación del patrón de marcha a través de ejercicios funcionales. Además, es importante comprometer a los directivos de la casa reposo en la adaptación de la infraestructura en beneficio de los adultos mayores (disminución de las barreras arquitectónicas, adaptación de rampas, pasamanos en las paredes, barrera de seguridad en las puertas y pisos antideslizantes en áreas comunes).

Se recomienda a los gobiernos municipales impulsar políticas públicas que respondan a las necesidades de los AM promoviendo la implementación de más centros en diferentes distritos y programas que aborden aspectos sociales a través de talleres culturales, artísticas y ocupacionales que impulsen la participación para un óptimo desarrollo individual e inserción a la comunidad asimismo brindar herramientas y actividades enfocadas en la

adquisición de nuevas habilidades como son los emprendimientos para prolongar su autonomía y charlas de autocuidado con la finalidad de promover un envejecimiento saludable.

Se recomienda brindar al paciente una atención de manera integral, a través de un equipo multidisciplinario: Geriatra, Fisioterapeuta, Nutricionista, Psicólogo entre otros profesionales, con el objetivo de promover la salud en esta población y en el transcurso fomentar la funcionalidad, disminuir su grado de dependencia, optimizar su estilo de vida y por ende conseguir una mejoría en su calidad de vida.

Limitaciones:

Las limitaciones encontradas en nuestra investigación fueron del tipo bibliográfico, ya que se encontraron pocos antecedentes que tengan ambas variables de estudio a nivel nacional. Otra limitación fue hallar una casa reposo que cumpliera con todos los requerimientos para realizar nuestra investigación. Finalmente, tuvimos complicaciones con el tiempo de ejecución debido a los horarios establecidos dentro de la casa reposo y las diferencias con nuestros horarios laborales.

Implicancias:

Es de suma importancia resaltar que nuestra investigación tiene implicancias trascendentales en los adultos mayores, porque se ha generado evidencia permitiéndonos constatar fundamentos teóricos que describen la relación del riesgo de caídas con la calidad de vida. Por lo tanto, este estudio es relevante ya que nos muestra los factores intrínsecos y extrínsecos que alteran el desarrollo óptimo del adulto mayor y que tomando en cuenta ello es posible disminuir la exposición al riesgo de caídas a través de evaluaciones integrales periódicas y de un abordaje fisioterapéutico con el fin de brindarle herramientas al adulto mayor para que sea más funcional en su vida diaria asimismo con programas de actividad física que involucre el fortalecimiento de sus músculos , reeducación de su patrón de marcha ,mejorar su equilibrio, coordinación y estabilidad de tronco. Finalmente, sino se tomará en cuenta lo antes mencionado, se incrementaría la tasa de comorbilidades y la prevalencia a tener caídas recurrentes generando un mayor declive funcional y la pérdida total de su autonomía e independencia impactando nocivamente en la calidad de vida de los adultos mayores.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Hernández V, Ramírez P, Solano N. Entorno social y bienestar emocional en el adulto mayor. *Revista Venezolana de Gerencia*. 2021 octubre; 26(95).
2. Leiva M, Troncoso C, Martínez M, R P, F P, V C, et al. Factores asociados a caídas en adultos mayores chilenos: evidencia de la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010. *Rev. Med Chile*. 2019;(147).
3. Zorrilla A, González D. Aspectos sociodemográficos de las caídas en ancianos atendidos por un Grupo Básico de Trabajo. *Rev. Ciencias Médicas*. 2019 noviembre; 23(6).
4. Pérez A, Roque L, Plaín C. Las caídas, causas de accidentes en el adulto mayor. *revista científica estudiantil*. 2020 abril; 59(276).
5. Rubenstein L. Manual MSD. [Online].; 2021 [cited 2022 enero 13. Available from: <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>.
6. Leitón Z, Lima F, Fuentes W, Silva J, Villanueva M, Partezani R. Predicción de caídas y caídas recurrentes en adultos mayores que viven en el domicilio. *Gerokomos*. 2021 Julio; 33(4).
7. Kantow S, Seangpraw K, Ong-artborirak P, Tonchoy P, Auttama N, Bootsikeaw S, et al. Factores de riesgo asociados con la concienciación sobre las caídas, las caídas y la calidad de vida entre los adultos mayores de minorías étnicas en el norte de Tailandia. *Clin interv envejecimiento*. 2021 octubre; 16.
8. Martínez B, Hernández N:D, Arencibia F, Mórejón A. Envejecimiento y caídas. Su impacto social. *ameria electronica*. 2020 julio; 42(4).
9. Organización Panamericana de la salud. PAHO.ORG. [Online].; 2021 [cited 2022 Marzo 12. Available from: <https://www.paho.org/es/decada-envejecimiento-saludable-americas-2021-2030>.
10. Quevedo E, Thompson J. Caídas múltiples y factores asociados en adultos mayores funcionales no institucionalizados de Villahermosa, Tabasco, México. *Horizonte sanitario*. 2019 mayo; 18(2).

11. Glasinovic A, Carrasco A, P. C. Prevención de caídas y ayudas técnicas en el adulto mayor, enfoque para la atención primaria chilena. Rev Chil Med Fam. 2020; XIV (1).
12. Lanzandabal O, Parodi A. Prevalencia de caídas y factores de riesgo intrínsecos en personas adultas mayores. Barranquilla (Atlántico), Colombia. Salud UIS. 2022; 1(1).
13. Plataforma digital única del estado peruano. gob.pe. [Online].; 2018 [citad 2022 abril 20. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/23629-uno-de-cada-tres-adultos-mayores-de-65-anos-sufre-una-caida>.
14. Pérez P, Martínez F, Tarazona F. “Risk Factors and Number of Falls as Determinants of Quality of Life of Community-Dwelling Older Adults. Geriatric Physical terapia. 2019 junio; 42(2).
15. Peña E, Bernal L, Reyna L, Pérez R, Onofre D, Cruz I, et al. Calidad de vida en adultos mayores de Guerrero, México. Universidad y Salud. 2019 diciembre; 21(2).
16. De la Torre L, Salgado C, Iturralde X, Alcibar A, Peña M, Abril T. Evaluación del riesgo de caídas en los adultos mayores, durante el periodo de confinamiento 2020. Revista de investigación en salud VIVE. 2022 abril; 5(13).
17. Khalaf m, Baris T. Evaluation of quality of life in the elderly who have fallen. Jorunal of Surgery and Medicine. 2022 abril; 7(1).
18. Jáuregui A. Calidad de Vida de la persona adulta mayor perteneciente al programa Gerontológico Social de dos provincias de Ica, Perú 2017. Población y salud en Mesoamérica. 2019 julio; 16(2).
19. Casca L, Gonzales M. Fragilidad y riesgo de caídas en adultos mayores de bajos ingresos, Lima 2021. Rev. Hered Rehab. 2022 enero; 1(8).
20. Zavala. “RIESGO DE CAIDA Y CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES DEL PROGRAMA ADULTO MAYOR DEL INSTITUTO DE LA FAMILIA, CANTO GRANDE, MARZO 2019. 2019. Tesis.
21. Esmeraldas E, Falcones M, Vásquez M, Solórzano J. El envejecimiento del adulto mayor y sus principales características. Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento. 2019 enero; 3(1).
22. Villa-Forte A. Manual MSD. [Online].; 2022 [cited 2022 Mayo 10. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/hogar/trastornos-de-los-huesos,-articulaciones-y-m%C3%BAsculos/biolog%C3%ADa-del-sistema->

- [musculoessel% C3%A9tico/efectos-del-envejecimiento-en-el-sistema-](#)
[musculoessel% C3%A9tico](#)
23. Fernández JRdB. Envejecimiento y Enfermedades Cardiovasculares. Real Academia Nacional de Medicina de España. 2018 enero; 03(135).
 24. Oyarzo R, Ojeda S, Ivanisevic M. Envejecimiento y Enfermedades Respiratorias en las Personas Adultas Mayores. El caso de un centro de jubilados de Rio gallegos. Dialnet.com. 2020 abril; 12(3).
 25. Concha Y, Vargas R, Celis C. Cambios morfo fisiológicos y riesgo de caídas en el adulto mayor: una revisión de la literatura. Revista Salud Uninorte. 2021 agosto; 36(2).
 26. Villar T, Mesa M, Esteban A, San Joaquín A, Fernández E. Alteraciones de la marcha, inestabilidad y caídas. 2020. Sección de un artículo.
 27. Hernández JMyJ. FundacionMapfre. [Online].; 2022 [cited 2022 junio 10]. Available from: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://documentacion.fundacionmapfre.org/documentacion/publico/es/media/group/1115317.do>
 28. García A, Horta L, Bautista M, Ibáñez E, Cobo E. Calidad de vida y percepción de la salud en personas mayores con enfermedad crónica. Revista Salud Bosque. 2022 diciembre; 12(1).
 29. Bautista. La calidad de vida como concepto. Revista ciencia y cuidado. 2017 junio; 14(1).
 30. Galicia FA. Calidad de vida en las organizaciones, las familias y la sociedad. primera edicion ed. PABLOS UADED MJ, editor. México; 2017.
 31. López F, Ugarte A, Hernández L, Morales A, Rodriguez L, Souza L. Comparación de la percepción de calidad de vida relacionada con la salud en hombres y mujeres adultos mayores. Enfermería Global. 2019 abril; 18(54).
 32. Stefanacci, R, R, R. Manual MSD. [Online].; 2023 [cited 2022 Abril 25]. Available from: <https://www.msmanuals.com/es-pe/professional/geriatr% C3%ADa/envejecimiento-y-calidad-de-vida/calidad-de-vida-en-los-ancianos>.
 33. Blouin C. La situación de la población adulta mayor en el Perú: Camino a una nueva política Lima; 2018.
 34. Mallma, J. Factores de riesgo de caídas en adultos mayores que asisten a un centro del adulto mayor. Villa María del Triunfo, Lima 2018. 2018. tesis.

35. Cortez L&ND. Procesos y fundamentos de la investigación científica. primera ed. Machala: UTMACH; 2018.
36. Ruiz C, Marisel V. Metodología de la investigación. primera ed. lima: UNAT; 2022.
37. Chipana EG. ANÁLISIS CORRELACIONAL DE LA FORMACIÓN ACADÉMICO-PROFESIONAL Y CULTURA TRIBUTARIA DE LOS ESTUDIANTES DE MARKETING Y DIRECCIÓN DE EMPRESAS. Revista Universidad y Sociedad. 2020 noviembre; 12(6).
38. Castro A, Parra E, Arango I. Glosario para metodología de la investigación. Working Paper ESACE. 2020 abril; 8(1).
39. Alan D, Cortez L. Procesos y Fundamentos de la Investigación Científica. UTMACH ed. Lozano K, editor. Machala: MZ Diseño Editorial; 2018.
40. Lucia SN. La observación participante. Primera ed. Barcelona: Oberta UOC publishing, SL; 2019.
41. Feria H, Mantecón S, Matilla M. LA ENTREVISTA Y LA ENCUESTA: ¿MÉTODOS O TÉCNICAS DE? Didáctica y Educación. 2020 julio; 9(3).
42. Sánchez E, Vázquez V. Resultados de valoración del equilibrio y riesgo de caídas en población adulta. Revista de Fisioterapia y Tecnología Médica. 2020 diciembre; 4(12).
43. Rodriguez C, Helena L. Validez y confiabilidad de la Escala de Tinetti para población colombiana. Asociación Colombiana de Reumatología. 2012; 1(1).
44. Herrera C, Mora J. Percepción de la calidad de vida mediante el cuestionario WHOQOL-OLD (WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE - OLD) en adultos mayores que asisten a la consulta externa del hospital de atención integral del adulto mayor de quito. La U investiga. 2018 febrero; 5(1).
45. Barboza M, Queirolo S, Ventura-León J. Medición de la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados de Lima (Perú). Enfermería Global. 2020 octubre;(60).
46. OMS. Organizacion mundial de la salud. [Online].; 2021 [cited 2024 Marzo 26. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>.

ANEXO N° 1.

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR FINAL
Variable 1 Riesgo de caídas	Según la OMS (2021). El riesgo de caídas es la probabilidad de una persona a caerse, esta aumenta con la edad, el sexo y el estado de salud.	Esta variable será registrada a través de Escala de Tinetti.	Equilibrio	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Equilibrio sentado ➤ Levantarse ➤ Intento de levantarse ➤ Equilibrio inmediato al levantarse ➤ Equilibrio en Bipedestación ➤ Empujón ➤ Ojos cerrados ➤ Giro de 360° ➤ Sentarse 	Cualitativa ordinal	Riesgo alto de caídas: <19 Riesgo de caída: 19-23 Bajo riesgo de caídas 24-28
			Marcha	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Comienza la marcha ➤ Longitud y Altura del paso ➤ Simetría del paso ➤ Continuidad de los pasos Trayectoria ➤ Tronco ➤ Postura en la marcha 	Cualitativa ordinal	Riesgo alto de caídas: <19 Riesgo de caída: 19-23 Bajo riesgo de caídas 24-28
Variable 2 Calidad de Vida	Según la OMS (2020). La calidad de vida es la apreciación del hombre desde su postura en la vida en base a sus valores, cultura, metas e inquietudes cuyos efectos inciden en la salud física, psicológica, independencia, relaciones sociales y ambientales.	Esta variable será registrada a través del cuestionario Whoqold-old	Participación Social	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Labores diarias ➤ Uso del tiempo ➤ Nivel de actividad ➤ Participación comunal 	Cualitativa ordinal	Mala: 24-28 Medianamente Buena 49-72 Buena 73-120
			Intimidad	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ser amado ➤ Amar ➤ Compañía ➤ Amor 	Cualitativa ordinal	
			Autonomía	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tomar decisiones ➤ Respeto de su libertad ➤ Control del futuro ➤ Hacer lo que le gusta 	Cualitativa ordinal	
			Mortalidad	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Asustado por morir ➤ Control de su muerte ➤ Preocupado por morir ➤ Dolor de morir 	Cualitativa ordinal	
			Habilidades sensoriales	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pérdida de sentidos en las relaciones ➤ Pérdida de sentidos en la vida diaria ➤ Pérdida de sentidos en las actividades ➤ Puntuación sensorial 	Cualitativa ordinal	
			Actividades en el tiempo	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Contento tener ilusión ➤ Satisfecho de la vida ➤ Reconocimiento ➤ Seguir logrando cosas 	Cualitativa ordinal	

ANEXO N° 2.

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	METODOLOGÍA
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>PG. ¿Cuál es la relación del riesgo de caídas con la calidad de vida de los adultos mayores en una casa de reposo, Comas 2022?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>OG. Determinar la relación del riesgo de caídas con la calidad de vida de los adultos mayores en una casa de reposo, Comas 2022.</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL</p> <p>H1. Existe relación significativa entre el riesgo de caídas con la calidad de vida de los adultos mayores en una casa de reposo, Comas 2022.</p>	<p>Variable 1</p> <p>Riesgo de caídas</p>	<p>DISEÑO DE ESTUDIO: Enfoque: cuantitativo Tipo: Básica Nivel: Correlacional Diseño: no experimental Método: Hipotético-deductivo</p> <p>POBLACIÓN Y MUESTRA Se tomó en consideración para esta investigación una población finita porque se conocía el número exacto de individuos que contribuyeron en el estudio y estuvo conformado por (n=70) adultos mayores pertenecientes a una casa de reposo “Corazón puro” del distrito de Comas, 2022. Para llegar a la muestra se utilizó el muestreo no probabilístico, y la selección se fundamentó en los criterios de inclusión y exclusión, logrando establecer una muestra con características en común y se consideró un mínimo de 50 adultos mayores.</p>
<p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <p>P1. ¿Cómo es la calidad de vida en adultos mayores en una casa de reposo, Comas 2022?</p> <p>P2. ¿Cuál es el riesgo de caídas en los adultos mayores en una casa de reposo, Comas 2022?</p> <p>P3. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los adultos mayores en una casa de reposo, Comas 2022?</p>	<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>O1. Identificar el riesgo de caídas de los adultos mayores en una casa de reposo, Comas 2022.</p> <p>O2. Identificar la percepción de la calidad de vida de los adultos mayores en una casa de reposo, Comas 2022.</p> <p>O3. Conocer las características sociodemográficas de los adultos mayores en una casa de reposo, Comas 2022.</p>	<p>H0. No existe relación significativa entre el riesgo de caídas con la calidad de vida de los adultos mayores en una casa de reposo, Comas 2022.</p>	<p>Variable 2</p> <p>Calidad de vida</p>	

ANEXO N° 3.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tesis: “RIESGO DE CAIDAS Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DE UNA CASA DE REPOSO, COMAS 2022”

Investigadores: Chavez Miranda Joselyn Paola / Montoya Salazar Stephanie Solange

DNI:

Patrocinador: Universidad Privada del Norte

Dirección: Av. Tingo María 1122 – Breña.

Yo.....
..... en adelante, el Participante, identificado con DNI/Pasaporte/Cedula, _____ habiendo sido suficientemente informado/a por los bachilleres, Chavez Miranda Joselyn Paola / Montoya Salazar Stephanie Solange, declaro conocer los procedimientos de la investigación y haber sido informado de lo siguiente:

a. Los objetivos del Proyecto de investigación:

Determinar la relación del riesgo de caídas con la calidad de vida de los adultos mayores en una casa de reposo, Comas 2022.

Como participante y bajo los principios bioéticos me asignaran un código N°, que durará: 2 meses, además este estudio cuenta con un total de 35 participantes que serán atendidos en la Casa reposo Corazón Puro, así como de la tecnología y metodología a utilizar en el mismo.

b. Las tareas por realizar como Participante y sus condiciones.

c. El procedimiento del estudio.

d. El uso que se dará a la información obtenida mediante la colaboración del Participante.

e. El tratamiento y custodia de los datos obtenidos en lo referente a la intimidad del Participante; quedando para todos los efectos anónima y confidencial y acorde a la ley 29733.

f. Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podré ejercitar mediante solicitud ante el investigador responsable en la dirección de contacto que figura en este documento, sin que ello afecte a la licitud del tratamiento basado en el consentimiento previo a su retirada.

g. La no transferencia de los datos personales obtenidos en el estudio objeto del proyecto, para estudios diferentes sin mi consentimiento expreso y no lo otorgo en este acto. La gestión de datos es anónima y los datos serán destruidos tras la publicación de resultados y conclusiones.

h. El derecho a presentar una reclamación sobre el uso de estos datos, ante el Comité de Ética de Investigación de la UPN.

Declaro, que mi participación es totalmente voluntaria.

Declaro, que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente. Por tanto; firmo este consentimiento informado, por duplicado, de forma voluntaria para manifestar mi deseo de participar en este estudio relacionado con el tema de investigación.

Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos. Recibiré una copia de este consentimiento para guardarlo y poder consultarlo en el futuro.

<i>Firma del participante:</i>	<i>Fecha:</i>

Identificación del Grupo/Instituto//Centro/Otros, responsable de la investigación: la Investigación se llevará a cabo en la Casa reposo Corazón Puro del distrito de Comas.

*Dirección de contacto del Investigador responsable de la investigación:
 Correo electrónico: número telefónico:
*

Plazo de conservación de los datos: 6 meses (concordante con el proyecto y periodo de sometimiento de resultados y conclusiones)

El Participante tiene derecho a solicitar al responsable del tratamiento el acceso a los datos personales relativos al interesado, y su rectificación o supresión, o la limitación de su tratamiento, o a oponerse al tratamiento, así como el derecho a la portabilidad de los datos.

<i>Firma del investigador</i>	<i>Fecha:</i>

INTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Escala de Tinetti para la valoración de la marcha y el equilibrio

Indicada: Detectar precozmente el Riesgo de caídas en ancianos a un año vista.

Administración: Realizar una aproximación realizando la pregunta al paciente ¿Teme usted caerse? Se ha visto que el Valor Predictivo positivo de la respuesta afirmativa es alrededor del 63% y aumenta al 87% en ancianos frágiles.

Tiempo de cumplimentación 8-10 min. Caminando el evaluador detrás del anciano, se le solicita que responda a las preguntas de la subescala de marcha. Para contestar la subescala de equilibrio el entrevistador permanece de pie junto al anciano (enfrente y a la derecha).

La puntuación se totaliza cuando el paciente se encuentra sentado. **Interpretación:**

A mayor puntuación mejor funcionamiento. La máxima puntuación de la subescala de marcha es 12, para la del equilibrio 16. La suma de ambas puntuaciones para el riesgo de caídas.

A mayor puntuación >>> menor riesgo

<19 Alto riesgo de caídas

19-24 Riesgo de caídas

Propiedades psicométricas: no está validada en Español y en nuestro contexto.

ESCALA DE TINETTI. PARTE I: EQUILIBRIO

Instrucciones: sujeto sentado en una silla sin brazos

EQUILIBRIO SENTADO	
Se inclina o desliza en la silla.....	0
Firme y seguro.....	1
LEVANTARSE	
Incapaz sin ayuda.....	0
Capaz utilizando los brazos como ayuda.....	1
Capaz sin utilizar los brazos.....	2
INTENTOS DE LEVANTARSE	
Incapaz sin ayuda.....	0
Capaz, pero necesita más de un intento.....	1
Capaz de levantarse con un intento.....	2
EQUILIBRIO INMEDIATO (5) AL LEVANTARSE	
Inestable (se tambalea, mueve los pies, marcado balanceo del tronco)...	0
Estable, pero usa andador, bastón, muletas u otros objetos.....	1
Estable sin usar bastón u otros soportes.....	2
EQUILIBRIO EN BIPEDESTACION	
Inestable.....	0
Estable con aumento del área de sustentación (los talones separados más de 10 cm.) o usa bastón, andador u otro soporte.....	1
Base de sustentación estrecha sin ningún soporte.....	2
EMPUJON (sujeto en posición firme con los pies lo más juntos posible; el examinador empuja sobre el esternón del paciente con la palma 3 veces).	
Tiende a caerse.....	0
Se tambalea, se sujeta, pero se mantiene solo.....	1
Firme.....	2
OJOS CERRADOS (en la posición anterior)	
Inestable.....	0
Estable.....	1
GIRO DE 360°	
Pasos discontinuos.....	0
Pasos continuos.....	1
Inestable (se agarra o tambalea).....	0
Estable.....	1
SENTARSE	
Inseguro.....	0
Usa los brazos o no tiene un movimiento suave.....	1
Seguro, movimiento suave.....	2

TOTAL EQUILIBRIO / 16

ESCALA DE TINETTI. PARTE II: MARCHA

Instrucciones: el sujeto de pie con el examinador camina primero con su paso habitual, regresando con “paso rápido, pero seguro” (usando sus ayudas habituales para la marcha, como bastón o andador)

COMIENZA DE LA MARCHA (inmediatamente después de decir “camine”)	
Duda o vacila, o múltiples intentos para comenzar.....	0
No vacilante.....	1
LONGITUD Y ALTURA DEL PASO	
El pie derecho no sobrepasa al izquierdo con el paso en la fase de balanceo.....	0
El pie derecho sobrepasa al izquierdo.....	1
El pie derecho no se levanta completamente del suelo con el paso en la fase del balanceo.....	0
El pie derecho se levanta completamente.....	1
El pie izquierdo no sobrepasa al derecho con el paso en la fase del balanceo.....	0
El pie izquierdo sobrepasa al derecho con el paso.....	1
El pie izquierdo no se levanta completamente del suelo con el paso en la fase de balanceo.....	0
El pie izquierdo se levanta completamente.....	1
SIMETRIA DEL PASO	
La longitud del paso con el pie derecho e izquierdo es diferente (estimada).....	0
Los pasos son iguales en longitud.....	1
CONTINUIDAD DE LOS PASOS	
Para o hay discontinuidad entre pasos.....	0
Los pasos son continuos.....	1
TRAYECTORIA (estimada en relación con los baldosines del suelo de 30 cm. de diámetro; se observa la desviación de un pie en 3 cm. De distancia)	
Marcada desviación.....	0
Desviación moderada o media, o utiliza ayuda.....	1
Derecho sin utilizar ayudas.....	2
TRONCO	
Marcado balanceo o utiliza ayudas.....	0
No balanceo, pero hay flexión de rodillas o espalda o extensión hacia fuera de los brazos.....	1
No balanceo no flexión, ni utiliza ayudas.....	2
POSTURA EN LA MARCHA	
Talones separados.....	0
Talones casi se tocan mientras camina.....	1

TOTAL MARCHA / 12 TOTAL GENERAL / 28

CUESTIONARIO WHOQOL-OLD

Instrucciones: Las siguientes preguntas hacen referencia a cuanto ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas. Por favor, responda las preguntas pensando en su vida en las dos últimas semanas. Marque con una "X" en la respuesta que mejor considere para cada pregunta.

1. ¿En qué medida los problemas con su vista, oído, gusto, olfato y tacto afectan su vida diaria?



Nada



Un poco



Lo normal



Bastante



Extremadamente

2. ¿En qué medida la pérdida de su vista, oído, gusto, olfato y del tacto afecta su capacidad para participar en actividades?



Nada



Un poco



Lo normal



Bastante



Extremadamente

3. ¿Cuánta libertad tiene para tomar sus propias decisiones?



Nada



Un poco



Lo normal



Bastante



Extremadamente

4. ¿En qué medida siente que tiene control sobre su futuro?



Nada



Un poco



Lo normal



Bastante



Extremadamente

5. ¿En qué grado siente que la gente que le rodea es respetuosa con su libertad?



Nada



Un poco



Lo normal



Bastante



Extremadamente

6. ¿En qué grado está preocupado(a) sobre la manera en que morirá?



7. ¿Cuánto miedo tiene de no ser capaz de controlar su muerte?



8. ¿En qué grado está asustado(a) de morir?



9. ¿Cuánto teme tener dolor antes de morir?



Las siguientes preguntas hacen referencia en qué medida experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas, por ejemplo, haber salido tanto como quiso.

10. ¿En qué medida los problemas con su vista, oído, gusto, olfato y tacto, afectan su capacidad para relacionarse con los demás?



11. ¿En qué medida es capaz de hacer las cosas que le gustaría hacer?



12. ¿En qué medida está satisfecho(a) con sus oportunidades de seguir logrando cosas en la vida?



13. ¿Cuánto siente que ha recibido el reconocimiento que merece en la vida?



14. ¿En qué medida siente que tiene suficientes actividades a hacer cada día?



Las siguientes preguntas hacen referencia a que tan satisfecho(a), feliz o bien se ha sentido sobre varios aspectos de su vida en las dos últimas semanas, por ejemplo, sobre su participación en la vida comunitaria o sus logros en la vida:

15. ¿En qué grado está satisfecho(a) con lo que ha conseguido en la vida?



16. ¿En qué grado está satisfecho(a) de la manera en que utiliza su tiempo?



17. ¿En qué grado está satisfecho(a) con su nivel de actividad?



18. ¿En qué grado está satisfecho(a) con sus oportunidades para participar en actividades de la comunidad?



19. ¿En qué grado está contento(a) con las cosas que es capaz de tener ilusión?



20. ¿Cómo calificaría el funcionamiento de su vista, oído, gusto, olfato y tacto?



Las siguientes preguntas hacen referencia a cualquier relación íntima que pueda tener, por favor, considere estas preguntas con referencia a un compañero(a) u otra persona íntima con quien usted comparte intimidad más que con cualquier otra persona en su vida:

21. ¿En qué medida tiene un sentimiento de compañía en su vida?



22. ¿En qué medida experimenta amor en su vida?



23. ¿En qué medida tiene oportunidades para amar?



24. ¿En qué medida tiene oportunidades para ser amado?



ANEXO N° 5

AUTORIZACIÓN

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN DE EMPRESA PARA EL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN, TESIS O INFORME DE SUFICIENCIA PROFESIONAL



Yo Ángel Gabriel Jiménez Montañez , identificado con DNI o CE N° 002346920, como representante legal de la empresa/institución: Casa Reposo “Corazón Puro” con R.U.C. N° 20608458281, ubicada en Manuel Gonzales Prada 1098 en el distrito de Comas, Lima.

OTORGO LA AUTORIZACIÓN A:

- 1) Joselyn Paola Chavez Miranda, con DNI/CE 71731711
- 2) Stephanie Solange Montoya Salazar con DNI/CE 76329424

Egresados de la Carrera profesional de Tecnología Médica, Especialidad de Terapia física y Rehabilitación, para que utilice la siguiente información de la empresa: Recolección de datos y aplicación de dos encuestas para evaluar el riesgo de caídas y la calidad de vida de los adultos mayores pertenecientes a dicha institución. Con la finalidad de que pueda desarrollar su Tesis para optar al grado de Título Profesional.

Para su validez tomar en cuenta los documentos que deberán adjuntar, según los siguientes casos:

- 1) Para el caso de empresas privadas y formalizadas, se deberá adjuntar:
 - La vigencia de Poder o la consulta RUC (la fecha no debe superar los tres (3) meses de antigüedad o posterior a la firma del presente documento para Tesis y Suficiencia Profesional)
 - En el caso de presentar consulta RUC, adjuntar copia del DNI vigente o Ficha Reniec del Representante Legal.
- 2) Para el caso de entidades públicas u organizaciones sin fines de lucro (ONGs y similares), se deberá adjuntar:
 - Resolución u otro documento oficial que evidencie que la persona que autoriza es la autoridad competente en ejercicio.
 - Copia del DNI vigente o Ficha Reniec del representante o autoridad competente en ejercicio.
- 3) Para el caso de personas naturales, personas naturales con negocio, pequeñas y microempresas empresas, se deberá adjuntar:
 - Ficha RUC 10 o 15 o 17 de ser el caso (fuerzas armadas, extranjeros, etc.)
 - Copia del DNI vigente o Ficha Reniec / Carnet de extranjería del representante Legal.

Indicar si el Representante que autoriza la información de la empresa, solicita mantener el nombre o cualquier distintivo de la empresa en reserva, marcando con una “X” la opción seleccionada.

- () Mantener en Reserva el nombre o cualquier distintivo de la empresa; o
 (X) Mencionar el nombre de la empresa.

24 de septiembre del 2024

Lugar y fecha de emisión



Ángel Gabriel Jiménez Montañez
 REPRESENTANTE GENERAL
 CASA DE REPOSO
 RUC: 20608458281

Firma del Representante Legal o Autoridad

DNI o CE: 002346920

El Egresado/Bachiller declara que los datos emitidos en esta carta y en el Trabajo de Investigación, en la Tesis son auténticos. En caso de comprobarse la falsedad de datos, el Egresado será sometido al procedimiento disciplinario correspondiente; asimismo, asumirá toda la responsabilidad ante posibles acciones legales que la empresa, otorgante de información, pueda ejecutar.

Firma del egresado (1)

Firma del egresado (2)

DNI:

DNI:

CÓDIGO DE DOCUMENTO	COR-F-REC-VAC-05.04	NÚMERO	08	PÁGINA	Página 47 de 47
FECHA DE VIGENCIA	12/01/2023	VERSIÓN			