

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E. A. P. DE ENFERMERIA

**Riesgos de accidentes en el adulto mayor que realiza
actividades de rutina, usuarios de los servicios del
Centro de Salud Conde de la Vega Baja, Lima 2008**

TESIS

para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

AUTORA

Anally Fermina Maita Rojas

ASESORA

Maribel Gil Conde

Lima-Perú

2009

**RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL ADULTO MAYOR
QUE REALIZA ACTIVIDADES DE RUTINA,
USUARIOS DE LOS SERVICIOS DEL
CENTRO DE SALUD CONDE
DE LA VEGA BAJA.
LIMA-2008**

A DIOS, el forjador de nuestras vidas quien generosamente nos otorga su fortaleza para seguir adelante

El presente estudio se lo dedico a mi madre, Carmela Rojas Medina que en todo momento me ha brindado su apoyo incondicional, por el esfuerzo que día a día realiza para dedicarme lo mejor de sí.

A mis docentes: Lic. Maribel Gil Conde y Lic. Juana Durand Barreto, por su paciencia y apoyo constante en la realización del presente estudio.

*A mi familia quienes con sus
sabios consejos me guían en
todo momento y muy agradecida
por depositar su confianza
en mi persona.*

*A mi gran amiga incondicional y
compañera de residencia: Rosa
Chiclayo y mis amigas inseparables
de estudio: Cynthia, Nilda, Hilda,
Marlene; con quienes he compartido
los cinco hermosos años de mi
carrera profesional.*

*Mis sinceros agradecimientos a
los adultos mayores del C.S.
"Conde de la Vega Baja", por su
valiosa colaboración.*

INDICE

Pág.

Índice de gráficos.....	vi
Resumen.....	1
Presentación.....	5
CAPITULO I: INTRODUCCIÓN	
A. Planteamiento, Delimitación y Origen del Problema.....	7
B. Formulación del Problema.....	10
C. Justificación.....	10
D. Objetivos.....	11
E. Propósito.....	12
F. Marco Teórico.....	12
F.1 Antecedentes.....	12
F.2 Base Teórica.....	19
G. Definición Operacional de Términos.....	66
CAPÍTULO II: MATERIAL Y MÉTODOS	
A. Tipo, Nivel y Método.....	68
B. Área de Estudio.....	68
C. Población y Muestra.....	69
D. Técnica e instrumento	70
E. Procedimiento de Recolección de datos.....	71
F. Procedimiento de Procesamiento, Presentación, Análisis e Interpretación de Datos.....	72
G. Consideraciones Éticas.....	72
CAPÍTULO III : RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	
CAPITULO IV: CONCLUSIONES, LIMITACIONES, RECOMENDACIONES	
A. Conclusiones.....	86
B. Recomendaciones	87
C. Limitaciones	88

	Pág.
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89
BIBLIOGRAFIA.....	93
ANEXOS	

INDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO Nº		Pág.
1	Riesgos de Accidentes en el Adulto Mayor que Realiza Actividades de Rutina, Usuarios de los Servicios del Centro de Salud Conde de la Vega Baja- 2008.Lima – Perú 2009	75
2	Riesgos Según Tipo de Accidente, en el Adulto Mayor que Realiza Actividades de Rutina, Usuarios de los Servicios del Centro de Salud Conde de la Vega Baja- 2008 .Lima – Perú 2009	77
2.1	Factores Extrínsecos (Condiciones de la Vivienda, Actividades de Rutina) que Predispone a Presentar Accidentes Domésticos, en el Adulto Mayor, Usuarios de los Servicios del Centro de Salud Conde de la Vega Baja - 2008. Lima – Perú 2009	79
3	Grado de Independencia en la Realización de las Actividades Básicas de la Vida (ABVD), según el Índice de Katz, en el Adulto Mayor que Realiza Actividades de Rutina, Usuarios de los Servicios del Centro de Salud Conde de la Vega Baja- 2008. Lima – Perú.2009	82

4	Grado de Independencia en la Realización de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), Según la Escala de Lawton y Brody, en el Adulto Mayor que Realiza Actividades de Rutina, Usuarios de los Servicios del Centro de Salud Conde de la Vega Baja- 2008.lima – Perú. 2009	84
---	---	----

INDICE DE ANEXOS

ANEXO	Pág.
A. Operacionalización de variables.....	I
B. Cálculo del tamaño de la muestra	II
C. Instrumento.....	III
D. Índice De Katz.....	IV
E. Escala de Lawton y Brody.....	V
F. Libro de códigos.....	VIII
G. Tabla de concordancia – Prueba Binomial.....	IX
H. Confiabilidad del instrumento.....	X
I. Tabla Matriz de datos.....	XII
J. Datos Generales.....	XIII
K. Ocurrencia de accidentes en el último año.....	XIV
L. Ocurrencia de accidentes según tipo.....	XV
M. Factores Extrínsecos que predisponen a accidentes.....	XVI
N. Evaluación de la capacidad funcional (ABVD) según Índice de Katz.....	XVII
O. Evaluación de la capacidad funcional (AIVD) según Escala de Lawton y Brody.....	XVIII
P. Consentimiento informado.....	XIX

PRESENTACIÓN

En el mundo se está produciendo un hecho sin precedentes llamado “Envejecimiento Poblacional”, dicho suceso está siendo experimentado tanto por países desarrollados como los que se encuentran en vías de desarrollo.⁽¹⁾

El envejecimiento poblacional es un proceso gradual en el que la proporción de adultos y adultos mayores se incrementa en una población mientras disminuye la proporción de niños y adolescentes. Este suceso también representa un problema social, ya que a la vez emergen nuevas necesidades sobre todo en el grupo etáreo afectado (adultez mayor), lo cual implica también nuevas necesidades en el ámbito de la salud.⁽²⁾

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) “la definición de la salud de las personas que envejecen no se expresa en términos de déficits, sino de mantenimiento de la capacidad funcional”, es por ello que el Estado ha establecido líneas de acción dirigidos al adulto mayor; sin embargo éstos están referidos esencialmente a los problemas de salud del adulto mayor en el nivel de recuperación y rehabilitación más aún en el adulto mayor institucionalizado. Aunque se mencionan actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, éstas se encuentran más organizadas a nivel de ESSALUD, en los conocidos Centros del Adulto Mayor(CAM). Tal es así que a nivel de subsectores, por ejemplo en los centros de salud del Ministerio de Salud(MINSA), no se evidencia en la práctica la presencia de lineamientos específicos que contemplen la contraparte, es decir, promuevan estilos de vida saludables abordando prioritariamente la

prevención no sólo de enfermedades, sino también de todos aquellos riesgos que van en desmedro de la salud del adulto mayor . Entre ellos los riesgos de presentar accidentes en adultos mayores producto de la actividad rutinaria más aun en el ámbito intradomiciliario. Considerando que los accidentes representan la sexta causa de morbilidad en las personas adultas mayores.

El presente estudio: "Riesgos de accidentes el adulto mayor que realiza actividades de rutina, usuarios de los servicios del C.S. Conde de la Vega Baja" tiene por objetivo determinar los riesgos de experimentar accidentes en el adulto mayor que realiza actividades de rutina , usuarios de los servicios del Centro de Salud Conde de la Vega Baja - 2008", dichos riesgos se hallarán circunscritos en el ámbito intradomiciliario , cuyo propósito estará encaminado a brindar al profesional de enfermería y directivos de la etapa de vida adulto mayor información relevante y específica sobre riesgos de accidentes en el adulto mayor producto de las actividades de rutina que realiza, para contribuir en el desarrollo de un Plan de Intervención Local que involucre al adulto mayor y su familia el cual permitirá posteriormente ,prevenir los riesgos a accidentes domésticos o intradomiciliarios, de tal modo poder evitar consecuencias desfavorables que conllevarán a un deterioro de salud en este grupo etáreo.

Consta de Capítulo I: Introducción, en el cual se muestra el planteamiento delimitación y origen del problema, formulación del problema, justificación, objetivos, propósito, antecedentes, base teórica y definición operacional de términos. Capítulo II: Material y Método, en el cual se expone el nivel, tipo y método, descripción del área, población y muestra, técnica e instrumento, procedimiento de recolección de datos, procedimiento de procesamiento, presentación, análisis e interpretación de datos y consideraciones éticas. Capítulo III: Resultados y Discusión. Capítulo IV: Conclusiones, Recomendaciones y limitaciones. Finalmente se presenta las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

RESUMEN

Ante el envejecimiento poblacional inminente y siendo los accidentes la sexta causa de morbimortalidad en los adultos mayores, se ha visto conveniente realizar el presente estudio titulado: "Riesgos de Accidentes en el Adulto Mayor que Realiza Actividades de Rutina, Usuarios de los Servicios de C.S. Conde de la Vega Baja.Lima -2008,el cual tiene como objetivo determinar los riesgos de accidentes, en el adulto mayor que realiza actividades de rutina, usuarios de los servicios del Centro de Salud Conde de la Vega Baja. El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal; la muestra estuvo conformada por 63 adultos mayores. El instrumento para la recolección de datos fue el formulario y como técnica la entrevista, aplicado en noviembre y diciembre del 2008.

Previamente se aplicó 2 instrumentos validados internacionalmente para seleccionar la muestra, tales como el Índice de Katz y la Escala de Lawton y Brody, para evaluar la capacidad funcional para realizar actividades básicas (ABVD) e instrumentales (AIVD) de la vida diaria respectivamente. Los resultados mostraron que el riesgo de experimentar accidentes, y más aún domésticos se encuentra "Presente" en 54(85.80%) adultos mayores.

Respecto al riesgo según tipo de accidente de 63(100.0%), 42(66.50%) presentaron riesgo a caídas, 25(39.70%) quemaduras y 23(35.80%) intoxicaciones. En la evaluación de la capacidad funcional para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD), según el Índice de Katz, 38(63.31%) son independientes en el índice A , 25 (39.68%) son

independientes en el índice B. Asimismo según la Escala de Lawton y Brody, se tiene que 40(63.45%) son independientes con puntaje 8 y 23(36.50%) son independientes con puntaje 7, ya que la mayoría de éste grupo eran varones y no realizaban en la práctica una de las actividades de la escala , como el preparar los alimentos .

Palabras Claves: Riesgo, Accidentes, Adulto mayor.

SUMMARY

The impending population ageing and the definition of the accidents as the 6th leading cause of morbimortality have been the main motivation for this research entitled: "Accident risk factors for older adults with everyday activities who are patients at C.S. Conde de la Vega Baja. Lima - 2008". The objective is to identify all the risk factors that could affect this older adults group. Regarding the type, level and method, this is a quantitative, applied and cross-sectional descriptive study. The author used an intentional non-probability sampling to calculate the sample size which was 63 older people. The data collection tool and technique consisted of surveys and interviews conducted at the same time, from November to December 2008.

Firstly, the author used the Katz Index and the Lawton-Brody Scale, two internationally validated instruments, to assess functional status of the total number of older adults (63) to perform both basic activities (BADL) and Instrumental activities (IADL) of daily living. According to the Katz Index, 38 (63.31%) are independent in rank A and 25 (39.68%) are independent in rank B. On the other hand, the Lawton-Brody Scale indicated 40 (63.45%) older adults as 8-point independent and 23 (36.50%) as 7-point independent because most of them are male older adults which do not perform one of the eight areas of function: cooking.

Based on the previous assessment, the research results showed the risk of having accidents is **present** in 54 (85.80%) out of 63 (100%) older adults. In addition, the 63 (100%) older adults run different types of risk especially at home: falls, burns and food poisoning risks were identified in 42 (66.50%), 25 (39.70%) and 23 (35.80%) cases respectively. This shows that some older adult people are susceptible to have more than one accident.

Key words: risk, accidents, older adult

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

A. PLANTEAMIENTO, DELIMITACIÓN Y ORIGEN DEL PROBLEMA

El envejecimiento poblacional constituye un fenómeno demográfico mundial. Al respecto la Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que de 204 millones de personas de 60 años y más, que había en 1950 en el mundo, se ha incrementado a 577 millones en 1998, estimándose que para el año 2050 este grupo poblacional estará cerca de 1900 millones, lo cual revela un crecimiento sin precedentes en la historia de la humanidad y del proceso de envejecimiento. ⁽³⁾

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), nuestro país no se encuentra fuera de esta realidad ya que el ritmo de crecimiento poblacional se viene acelerando desde hace una década atrás, lo que ha permitido realizar proyecciones, y se calcula que hacia el año 2025 la población correspondiente a la etapa de “Adulto Mayor” representará el 13.27% de la población total, asimismo la esperanza de vida alcanzará los 75 años. Ello significa que en los próximos 20 años la población mencionada llegará casi a duplicarse. ⁽⁴⁾

El envejecimiento de la población peruana, es una situación demográfica cuyos efectos sociales y económicos requieren una respuesta organizada y activa de los diferentes sectores de la sociedad en general y del sector salud en particular, involucrados en la temática del adulto mayor. En tal sentido, el sistema de salud requiere de manera urgente responder a las necesidades de salud producto del cambio demográfico y epidemiológico que se observa en nuestra población nacional.

En el ámbito social se ha encontrado diversos “paradigmas y mitos” relacionados al proceso de envejecimiento. Algunos consideran que las personas adultas mayores no tiene la capacidad física ni mental para realizar actividades independientemente, es más erróneamente se considera que ésta etapa es sinónimo de rigidez, enfermedad, discapacidad, entre otros. Contrariamente se encuentra opiniones que valoran las capacidades del adulto mayor, y en otros casos sobreestiman dichas capacidades, llegando así al extremo de no considerar la vulnerabilidad propia de la edad.

Apreciándose en la sociedad un cambio en el rol del adulto mayor ,es más, asumiendo muchas veces el rol de “padres de sus nietos”, tal es así que un grupo considerable se dedica a tiempo completo a la crianza de los mismos , por ejemplo se observa que ellos son los que llevan a los niños a las instituciones educativas , se ocupan de su alimentación, cuidado de los mismos y en el afán de no caer en la “inutilidad” en otras oportunidades se encuentran en la necesidad de trabajar, o realizar actividades para los que ya no se encuentran completamente aptos y a la vez los expone a diversos riesgos que podrían afectar o ir en desmedro de su salud.

De modo que la adopción de nuevos roles del adulto mayor en las actividades de rutina, de la vida diaria o cotidianas, lo predispone a experimentar riesgo a accidentes, entendiéndose tal como *“cualquier suceso fortuito, que provocado por una acción violenta y repentina de un agente externo involuntario, da lugar a una lesión corporal”*⁽⁵⁾. Si bien es cierto todas las personas se encuentran expuestas a presentar accidentes, tales como

laborales, de tránsito y/o domésticos, sin embargo estos pueden ser específicos de acuerdo también a las etapas de la vida. Es más diversos autores consideran como población vulnerable a personas menores de 5 años y mayores de 60 años.⁽⁶⁾

Según Varela en el marco de las investigaciones gerontológicas, son escasas las relacionadas a esta temática.⁽⁷⁾ Asimismo, no existe una información sistematizada y confiable que refiera los riesgos más frecuentes a los que se expone actualmente el adulto mayor, ni qué actividades básicas de la vida diaria o de rutina (bañarse, vestirse, utilizar el retrete, movilizarse, contener esfínteres, alimentarse) así como instrumentales (cocinar, limpiar, lavar, uso de transporte público, auto administración de medicamentos, manejo de sus finanzas, entre otros); generan mayores riesgo, de modo que permita, sobre ésta base, generar planes de acción a nivel local que contemplen la capacitación de recursos humanos, la promoción de estilos de vida saludables, no sólo en el adulto mayor, sino también en su familia, mediante la elaboración de material educativo que fortalezca el aspecto del autocuidado, entre otros, sobretodo en el primer nivel de atención, ya que según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S), en sus recomendaciones a los gobiernos respecto al mejoramiento de las condiciones de vida, considera que la atención primaria es la mejor estrategia para lograr la salud y bienestar de la población; principalmente enfatizando la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.⁽⁸⁾

En el Centro de Salud Conde de la Vega Baja – Cercado de Lima. Disa V- Lima Ciudad se aprecia que no hay un registro preciso, y en el peor de los casos existe sub registro sobre la ocurrencia de accidentes, en el adulto mayor, cabe señalar que ello no quiere decir que no haya accidentes.

A la interacción con los adultos mayores se evidencian expresiones como: “vivo con mis hijos y como ellos trabajan, crío a mis nietos”, “a veces me olvido y dejo la cocina prendida”, “hace poco me caí por eso ahora camino despacio”. En cuanto a la exposición a riesgos de accidentes en el adulto

mayor se observó que dentro del domicilio no se cuenta con las condiciones adecuadas que brinden seguridad al adulto mayor (escasa iluminación, escaleras sin pasamanos, pisos desnivelados, obstáculos en el piso, etc.).

Ante la realidad expuesta surgen las siguientes interrogantes ¿Se conocen cuáles son los accidentes más frecuentes en el adulto mayor en sus actividades cotidianas? ¿Se conoce cuáles son los riesgos a los que está expuesto?

B. FORMULACION DEL PROBLEMA

Por lo expuesto se considera pertinente realizar un estudio sobre:

¿Cuáles son los riesgos a accidentes en el adulto mayor, que realiza actividades de rutina, usuarios de los servicios del Centro de Salud Conde de la Vega Baja .Lima-2008?

C. JUSTIFICACIÓN

Enfermería es una profesión encargada del cuidado de la persona de forma integral en todas sus etapas de vida, por lo que le compete también cuidar del adulto mayor en el proceso de generación de mecanismos de afrontamiento y adaptación frente a los cambios producto del proceso de envejecimiento y de la asunción de nuevos roles en la sociedad, por ello el presente estudio está orientado a obtener los datos necesarios que permitan tener una claridad acerca de los riesgos de accidentes en el ámbito intradomiciliario o doméstico a los que está expuesto el adulto mayor que realiza actividades básicas de rutina (bañarse, vestirse, utilizar el retrete, moverse, contener esfínteres, alimentarse) así como instrumentales (cocinar, limpiar, lavar, uso de transporte público, auto administración de medicamentos, manejo de sus finanzas, entre otros), para fomentar medidas de prevención ante una situación de vulnerabilidad inminente plasmados en un Plan de Intervención, que puede ser puesto en

práctica por el personal de salud, prioritariamente el profesional de enfermería ,por los protagonistas (adultos mayores) y esencialmente por la familia dado a que en muchas ocasiones es el soporte del adulto mayor; así mismo es el punto de partida para sensibilizar a la sociedad en general, ya que no es tanto el incremento de la expectativa de vida del adulto mayor sino el aumento de la expectativa de vida activa e independiente. Todo ello orientado a lograr una mejor calidad de vida en esta etapa, reforzando el nivel de atención primaria lo que concluirá en una atención eficaz brindada al usuario adulto mayor por parte del profesional de enfermería.

D. OBJETIVOS

Los objetivos que se han formulado para el presente estudio son:

Objetivo General

- Determinar los riesgos a accidentes en el adulto mayor que realiza actividades de rutina, usuario de los servicios del Centro de Salud Conde la de Vega Baja.

Objetivos Específicos

- Identificar los riesgos según tipo de accidente, en el adulto mayor que realiza actividades de rutina, usuarios de los servicios del Centro de Salud Conde la de Vega Baja.
- Identificar el grado de independencia en la realización de actividades básicas de la vida diaria (ABVD), según el Índice de Katz, en el adulto mayor que realiza actividades de rutina, usuarios del Centro de Salud Conde la de Vega Baja.
- Identificar el grado de independencia en la realización de actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), según el puntaje obtenido en la Escala de Lawton y Brody, en el adulto mayor que realiza

actividades de rutina, usuarios del Centro de Salud Conde de la Vega Baja.

E. PROPÓSITO

El presente estudio tiene el propósito de brindar al profesional de enfermería y directivos del Centro de Salud Conde de la Vega Baja información actualizada relevante y específica sobre riesgos de accidentes en el adulto mayor producto de las actividades de rutina que realiza, a fin de promover la formulación de estrategias y programas de educación para la salud del adulto mayor que involucre prioritariamente a los protagonistas y su familia en el marco del Modelo de Atención Integral el cual permitirá posteriormente ,prevenir los riesgos a accidentes ,en el adulto mayor favoreciendo el proceso de envejecimiento saludable y por ende mejorar la calidad de vida de los adultos mayores usuarios de los servicios del Centro de Salud Conde de la Vega Baja.

F. MARCO TEORICO

F.1. ANTECEDENTES

Luego de haber realizado la revisión de antecedentes, se ha considerado algunos relacionados. Así tenemos que:

A nivel Internacional

NORMA, LAU, en el 2000, en Costa Rica, realizó un estudio sobre "Significado y Práctica del Autocuidado en Personas Adultas Mayores", el estudio tuvo como objetivo determinar la potencialidad de la autonomía y autoresponsabilidad de las personas adultas mayores para tener vida digna, plena y saludable. El enfoque utilizado fue cualitativo, método fenomenológico y como teoría de análisis el interaccionismo simbólico. Asimismo los participantes de estudio fueron cuatro mujeres y cuatro varones de 60 a 75

años de edad, la información se recolectó mediante la observación y entrevista. Se obtuvo como resultado:

“El hallazgo principal, fue encontrar que existe coherencia entre lo que las personas dicen y lo que hacen en cuanto al autocuidado. Las prácticas en la mayoría de los participantes, responde a la satisfacción de necesidades básicas biopsicosocial, productiva, cultural, espiritual y sanitaria. Son escasas las actividades relacionadas con la dimensión ecológica y recreativa. Cabe resaltar que un resultado no planificado ha sido la conformación de una red de apoyo”.⁽⁹⁾

JULIO, PIOLA; ALBERTO SÁNCHEZ, en Argentina en el 2000, realizaron un estudio sobre “Intoxicaciones en ancianos atendidos el Servicio de Toxicología del Sanatorio de Niños y Área Clínica Médica Personas Adultas Mayores”, el objetivo del estudio fue analizar las intoxicaciones atendidas en personas mayores de 60 años con la finalidad de mejorar el conocimiento sobre las intoxicaciones en ancianos del medio de estudio y adecuar dicho servicio a esa realidad. El estudio fue de tipo cuantitativo, método descriptivo, la técnica fue la entrevista y el instrumento fue el cuestionario. Tuvo como población 219 adultos mayores de 60 años a más. Se obtuvo los siguientes resultados:

“De 219 consultas tóxicas en mayores de 60 años realizadas en el servicio entre 1999 y 2000 considerando la distribución porcentual según: la Edad con un 42.01% de personas de 60 a 64 años, el Sexo con 54.79% de sexo femenino, la Motivación 10.61% Accidental, seguido de 44.7% Suicida y un 9.09% por Error de medicación ;Presentación del tóxico, Líquidos fluidos 41.1% Cápsulas/comprimidos 29.22% , Tipo de tóxico No medicamento, 62.56%, Medicamento 35.62% ; Tipo de medicamento ,Total psicofármacos 61.54%,Mezcla de psicofármacos 14.1%; Tipo de no-medicamento Total plaguicidas 31,26%, Mezcla de medicamentos 8.97%, Jabones y detergentes 7,30%, Grado de la sintomatología Ligeros 40.64%, Moderados 22.37y Ningún síntoma 26.48%”⁽¹⁰⁾

FUNDACIÓN MAPFRE, en Abril del 2008, en Madrid realizó un estudio de investigación sobre “Seguridad en el Domicilio de personas Mayores”, cuyo objetivo fue conocer la prevalencia de caídas y factores asociados, que se producen en el domicilio de la población española mayor o igual a 65 años, asimismo conocer la frecuencia de accidentes en el hogar en la población mencionada. El estudio fue de tipo cuantitativo, método descriptivo, técnica encuesta telefónica y el instrumento fue el formulario tipo hoja de registro. Se consideró a la población de 250 adultos mayores de 65 años a más. Las conclusiones derivadas del estudio fueron:

“Un 14,7% de los encuestados refieren haberse caído en el último año y 81,4% refieren no haberse caído. De los que si refieren haberse caído la mayoría, el 63,4%, refieren haberse caído una única vez, un 11,3% dos veces, 6,7% tres veces, 0,8% cuatro veces y un 7,6% más de cuatro veces(..)El tipo de accidente más frecuente entre los encuestados fueron los cortes con un 4,5% seguido por otros accidentes no especificados en el formulario con un 3,8% de los encuestados ,seguido de los accidentes por fuego con un 2,7%. Un 1,2% sufrieron intoxicación por medicamentos y un 1,1% sufrieron intoxicación por alimentos. Finalmente un 0,7% sufrieron una intoxicación por gas y un 0,2acciones por electricidad.”⁽¹¹⁾

PAMELA CRISÓSTOMO, en el año 2003 en Chile, realizó un estudio de investigación sobre: “Factores que predisponen a los adultos mayores sufrir fracturas en el hogar. Servicio de Traumatología y Ortopedia Hospital Base Osorno” cuyo objetivo fue: Determinar los factores de riesgo que predisponen a los Adultos Mayores a sufrir fracturas en el hogar. El estudio fue de tipo cuantitativo, método descriptivo, la técnica utilizada fue la encuesta, el instrumento fue el cuestionario. La población estudiada estuvo constituida por 15 personas a adultas mayores de 75 años a más. Del cual se derivaron las siguientes conclusiones:

“Adultos de 75 y más años, de sexo femenino, con escasa escolaridad, dueñas de casa, con sobrepeso, patologías crónico degenerativas, sin

alteraciones previas en la marcha, con independencia total en actividades cotidianas y que viven en un ambiente de riesgo; conforman el perfil del sujeto vulnerable a fracturas en el domicilio. Todos los factores, excepto sexo y edad, pueden ser modificados y prevenidos, disminuyendo así la incidencia de fracturas en este grupo etáreo. Las viviendas en general no cuentan con las condiciones mínimas de seguridad que necesitan los Adultos Mayores para vivir. Esto no solo está dado por fallas en la construcción, sino aún más importante, por el estilo de vida de quienes conviven con nuestros adultos mayores. No se requieren grandes sumas de dinero para adaptar las casas a las limitaciones de los ancianos; se necesita más bien, conocer cómo poder contribuir a una mejor calidad de vida y seguridad en ellos.”⁽¹²⁾

MARIO, COMET; ISMAEL FERRER; HERRERA, MARÍA RODRÍGUEZ, en el año 2005, en Cuba, realizaron un estudio titulado “Comportamiento de los accidentes en el hogar en los Adultos Mayores de un consultorio del Municipio de Camagüey” con el objetivo de determinar el comportamiento de los accidentes en el hogar, en adultos mayores. El estudio fue de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal, el cual tuvo como población a 103 adultos mayores de 60 años atendidos por el consultorio de referencia. Se utilizó la técnica de la entrevista y como instrumento el cuestionario. Las conclusiones fueron las siguientes:

“En el período estudiado se accidentaron 62 ancianos para el 60.2%, entre los accidentes predominaron las caídas con 57,9 %, en 62 ancianos accidentados ocurrieron 69 accidentes, lo que significa que algunos ancianos sufrieron más de un accidente en el año de estudio .Asimismo seguido otro accidente fue Ingestión de medicamentos u otras sustancias representando un 15.9%, descargas eléctricas 10.1% Quemaduras 8.7%, entre otras de menor relevancia. Con respecto a la distribución de las causas de los accidentes en el hogar, existió un ligero predominio de las causas extrínsecas sobre las intrínsecas. Entre las primeras predominaron los pisos resbaladizos (31%),seguidos en orden de

frecuencia por iluminación inadecuada (22 %), baños inseguros (17 %), cables en mal estado (15 %) y las escaleras defectuosas (10 %), solamente dos ancianos refirieron otras causas (5 %). Dentro de las causas intrínsecas predominaron las alteraciones del sistema osteomioarticular con un 27 %”⁽¹³⁾

A nivel Nacional

CARLOS, DE LA PUENTE; en el 2005, en Iquitos, realizó un estudio sobre “Caídas en Ancianos en el Club del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto”, cuyo objetivo fue identificar las características y prevalencia de las caídas en el grupo estudiado. La población estuvo constituida por 95 adultos mayores participantes activos del club del adulto mayor. El estudio fue de tipo cuantitativo, método descriptivo de serie de casos. La técnica fue la encuesta, y los instrumentos fueron los siguientes: Índice de Charlson, Índice de Barthel, Escala de Lawton, el Minimental, Escala de Yessavage, Escala de Evaluación de Tinetti. Se obtuvo las siguientes conclusiones:

“La mayor proporción de caídas en mujeres, asociándose las enfermedades tales como con: HTA, osteoartritis, cataratas, dislipidemias; en cuanto a la circunstancia en la que se produjeron las caídas hubo una mayor frecuencia en las mañanas, con buena iluminación, suelo irregular y resbaladizo. Un grupo importante también experimentó caídas en vía pública, las caídas accidentales se presentan en mayor porcentaje siendo precedido por mareos que se considera una causa importante a tener en cuenta en estudios posteriores para este grupo poblacional. La mayoría de los pacientes experimenta temor a caer nuevamente.”⁽¹⁴⁾

JESSICA, CASTRO; en el año 2001, en Lima, investiga “Caídas en Ancianos: Características, Factores de Riesgo y Morbimortalidad”, cuyo objetivo fue describir las características y factores de riesgos asociados a las caídas en adultos mayores. El estudio fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo, se utilizó como técnica la encuesta y el instrumento el

cuestionario. La población estuvo constituida por 60 adultos mayores del centro de adultos mayores (CAM) de Essalud- San Isidro. Dentro de las conclusiones se tienen las siguientes:

“Las características de los pacientes geriátricos que experimentaron caídas así como los factores de riesgo asociados determinando las causa de morbimortalidad intrahospitalaria así mismo se obtuvo como resultado que las caídas se produjeron frecuentemente en el domicilio , en horas de la mañana con presencia de factores ambientales , en su mayoría fue accidental, teniendo como factores asociados principalmente a las enfermedades crónicas , tales como : HTA; osteoartrosis, demencia y déficit sensorial múltiple, se evidencio que los fármacos asociados a caídas fueron : antihipertensivos , antipsicóticos y sedantes, teniendo como consecuencias : fractura de cadera , lesiones de tejidos blandos , arritmia, delirio , depresión , deshidratación , deterioro funcional , por lo que se afirma que los factores de riesgo de las caídas son fácilmente identificables y algunos potencialmente modificables lo cual podría prevenir o minimizar la frecuencia de estas y las lesiones ocasionadas”.⁽¹⁵⁾

JUAN, PALOMINO; TANIA, SANTIVAÑEZ; en 1999, en Lima, realizó un estudio titulado: “Prevención de caídas en el adulto mayor .Instituto Geriátrico y Gerontológico de Hospital Central de la FAP”; cuyo objetivo fue determinar la eficacia de un programa de entrenamiento de la marcha y equilibrio en la prevención de caídas en el adulto mayor sano. El estudio fue de tipo cuantitativo nivel aplicativo, método descriptivo prospectivo transversal, cuya población estuvo constituida por 40 adultos mayores entre 60-85 años de edad atendidos en el servicio de Medicina física y Rehabilitación del Instituto Geriátrico y Gerontológico del Hospital de la F.A.P. Se utilizaron los siguientes instrumentos: Prueba de Alcance Funcional (AF) y la Evaluación de Tinetti (T). La conclusión principal fue la siguiente:

“Se disminuyó significativa y progresivamente el riesgo a caídas en el grupo etáreo mencionado, por tal motivo se afirma que se puede prevenir las

caídas en adultos mayores que realizan sus actividades normales”.⁽¹⁶⁾

PEDRO, SALINAS; REINA, ROJAS; en el año 2006, en Venezuela, realizó un estudio de investigación titulado: “Accidentes domésticos en ancianos”, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de accidentes domésticos en adultos mayores. La población de estudio estuvo constituida por 220 adultos mayores de 65 años. El estudio fue de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. Se utilizó como técnica la encuesta telefónica e instrumento el cuestionario elaborado por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social para el registro de accidentes y hechos violentos. Las conclusiones, entre otras fueron:

“Se obtuvo que 48% de todos los accidentes ocurrieron en el hogar. La morbilidad por estos es predominante en mayores de 65 años. Sin embargo, la mortalidad por esta causa es prevalente en ancianos mayores de 75. Se aprecia con mayor afectación el sexo femenino. Los accidentes domésticos más frecuentes en ancianos son caídas, heridas y quemaduras, afectando en orden porcentual extremidades superiores, cabeza y extremidades inferiores. El horario de mayor ocurrencia es el diurno”.⁽¹⁷⁾

MARTHA, VERA; en el 2007, en Lima, realizó un estudio de investigación titulado: “Significado de la Calidad de Vida del Adulto Mayor para sí mismo y para la Familia”. Centro de Salud CLAS Laura Caller Iberico 2004-2006, cuyo objetivo fue determinar el significado que la expresión lingüística “calidad de vida del adulto mayor” tiene para el mismo adulto mayor y para su familia, con la finalidad de tener mejores elementos de juicio que garanticen un cuidado integral de la salud del adulto mayor. El estudio fue de tipo cualitativo, descriptivo, interpretativo – comprensivo, fundamentado en la Teoría de la Representaciones Sociales. Los participantes fueron dieciséis adultos mayores con sus respectivos grupos familiares entre los años 2004-2006. Los métodos, técnicas e instrumentos utilizados fueron: la observación, entrevista

a profundidad y grupos focales; guía de observación y dos cuestionarios con ocho preguntas norteadoras, previamente validados. Las consideraciones finales fueron:

“Para el adulto mayor, la expresión lingüística calidad de vida significa: tener paz, tranquilidad en su vida cotidiana, sin problemas personales ni conflictos familiares, es ser cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto, y es satisfacer sus necesidades como ser social, libre de expresión y decisión, comunicación e información”. “Para la familia es: que el adulto mayor satisfaga sus necesidades básicas de alimentación, vestido, vivienda e higiene, apoyándolo en lo necesario para que logre, principalmente, su bienestar físico”.⁽¹⁸⁾

Por los antecedentes revisados se puede expresar que existen estudios que guardan relación con el tema, así como la metodología, unidad de análisis, entre otros, y si bien es cierto dichos estudios están en torno a los accidentes, en el adulto mayor dando prioridad a las caídas, seguido de quemaduras e intoxicaciones. Los aportes otorgados de los antecedentes han servido como referencia para ampliar el marco teórico.

F.2. BASE TEORICA

EL ADULTO MAYOR

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) “considera como *personas mayores a los varones y mujeres que tiene 60 o más años de edad*”.⁽¹⁹⁾ A partir del año 1996, la Organización de Naciones Unidas (ONU) denomina a este grupo poblacional personas “Adultas Mayores”, de conformidad con la resolución 50/141 aprobada por su Asamblea General, con la finalidad de evitar denominaciones diversas, como: anciano, viejo, senecto, geronte, entre otros.⁽²⁰⁾

La definición de la salud de las personas que envejecen no se expresa en términos de déficits , sino de mantenimiento de la capacidad funcional , es así que la Organización Panamericana de la Salud(OPS) , ha realizado la clasificación del Adulto Mayor en 3 grupos bien diferenciados , tales como :

- ✓ Persona Adulta Mayor Autovalente: es aquella persona capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) , aquellas actividades funcionales especiales para el autocuidado : comer , vestirse , desplazarse asearse, bañarse, continencia y realizar actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) tales como : cocinar limpiar comprar , lavar , planchar , usar el teléfono, manejar medicación , manejar el dinero , realizar tareas o trabajos fuera de casa o salir fuera de la ciudad. Se considera que el 65% de los adultos mayores que viven en la comunidad tiene esta condición. ⁽²¹⁾

- ✓ Persona Adulta Mayor Frágil: Se define como aquella persona que tiene algún tipo de disminución del estado de reserva fisiológica asociado con un aumento de la susceptibilidad de discapacidad .Se considera que el 30% de los adultos mayores que viven en la comunidad tiene esta condición. ⁽²²⁾

- ✓ Persona Adulta Mayor Dependiente o Postrada: Se define a aquella persona que tiene una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológica asociada a una restricción o ausencia física o funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria. Se considera que entre el 3% de personas mayores que viven en la comunidad tiene esta condición. ⁽²³⁾

La clasificación mencionada anteriormente se encuentra determinada de acuerdo a la evaluación de la capacidad funcional de la persona adulta mayor.

Es por ello que es necesaria una Valoración Geriátrica integral (VGI), que *“es un proceso diagnóstico, habitualmente interdisciplinario (involucra esencialmente al médico geriatra, profesional de enfermería y asistente social), que sirve para cuantificar capacidades y problemas del adulto mayor, tanto médicos, funcionales, como psicológicos y sociales con el objeto de lograr un plan integral de cuidados y seguimiento a largo plazo”.*⁽²⁴⁾

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL Y NACIONAL DEL ADULTO MAYOR

En la actualidad se maneja el término “Envejecimiento Poblacional” el cual se define como un proceso gradual en el que la proporción de adultos y adultos mayores se incrementa en una población, mientras disminuye la proporción de niños y adolescentes.⁽²⁵⁾

El proceso de envejecimiento a nivel mundial y particularmente en América Latina, está avanzando a un ritmo sin precedentes en la historia de la humanidad. La tendencia universal a la disminución de la fecundidad y la prolongación de la esperanza de vida ha llevado a un incremento de la población de 60 y más años en el mundo, es así que la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 204 millones en 1950 a 577 millones en 1998, se estima que para el año 2050 éste grupo poblacional pueda llegar a cerca de 1,900 millones. Así en el período 1950 – 2000, mientras la población total del mundo creció cerca de 141%, la población de 60 y más años, aumentó aproximadamente 218%, mientras que los de 80 y más años de edad lo hicieron en cerca de 385%.⁽²⁶⁾

En América Latina, el proceso de envejecimiento se caracteriza por ser más rápido que el presentado en los países en desarrollo y por darse en un contexto de pobreza y de inequidades socioeconómicas y de géneros que en algunos casos, se acentúan. En ésta perspectiva los países de América Latina deberán atender las demandas de una población adulta mayor que

tiene un tamaño bastante cercano al de los países desarrollados pero deberá hacerlo con recurso mucho menores.

Como se sabe, el envejecimiento poblacional se debe a la disminución de las tasas de fecundidad, las que descienden en el Perú desde 1970 y a ritmo más acelerado a partir de 1980. Asimismo, ello ha determinado el aumento en la esperanza de vida al nacer, debido a la disminución de la mortalidad de la población en edad avanzada. La evolución de este indicador señala que de 55.5 años en promedio registrada en 1972, la esperanza de vida aumentó a 66.7 años en 1993 y según proyecciones oficiales, al año 2010 bordea los 71.2 años. ⁽²⁷⁾

Si bien la población peruana continúa siendo predominantemente joven, viene presentando un proceso de envejecimiento que además de cambiar progresivamente el perfil demográfico nacional, está generando nuevas demandas sociales y una constante preocupación por parte de autoridades y planificadores del desarrollo del país.

Según el Instituto Nacional de Estadística e informática (INEI), en el año 2002 la población estimada a nivel nacional fue de 26 millones 749 mil personas, de las cuales el 7.2% cuenta con 60 y más años. Proyecciones oficiales estiman que para el año 2020 esta proporción de adultos mayores subirá al 11% de la población y a 12.6% el año 2025. ⁽²⁸⁾

El envejecimiento en el Perú se produce con características diferenciadas hombres y mujeres. Debido a profundas inequidades estructurales los varones que actualmente cuentan con más de 60 años tuvieron acceso a los diferentes niveles de instrucción, lo que les permitió alcanzar una mejor calificación para insertarse en el mercado laboral en condiciones más ventajosas. Este hecho hizo que ellos accedieran en su mayoría a un trabajo formal y luego de un número de años laborando, tuvieron derecho a una

pensión de jubilación y servicios de seguridad social, mientras que en el caso de las mujeres adultas mayores, éstas en su gran mayoría fueron marginadas para acceder a la escolaridad, lo que posteriormente limitó sus posibilidades de calificarse para el trabajo y su participación en el sector formal. Su quehacer tuvo lugar sobre todo en la esfera doméstica, convirtiéndolas en personas económicamente dependientes.⁽²⁹⁾

En cuanto a la distribución geográfica de los adultos mayores, se presenta de manera similar a la del resto de la población del país. En las zonas urbanas reside cerca del 70% de la población adulta mayor y el resto en las rurales, siendo los departamentos donde se concentra una mayor proporción de ellos Lima (33.8%), La Libertad (5.0%), Piura (5.5%), Puno (6.0%) y Cajamarca (4.9%).⁽³⁰⁾

Información oficial reciente señala que el 46.1% de la población de 60 y más años habría padecido algún síntoma de enfermedad o accidente, mientras el 53.9% restante no habría padecido enfermedad alguna. Asimismo, de las personas mayores que padecieron enfermedad o accidente, el 83% tuvo acceso a los servicios de salud 40% se atendió en un servicio público, 40% en EsSALUD y el 20% restante asistió a establecimientos del sector privado o a lugares no especializados.⁽³¹⁾

En el aspecto laboral según el Censo Nacional de 1993 señala que la Población Económicamente Activa (PEA) de 65 y más años representa el 5% de la Población Económicamente Activa (PEA) total, siendo de 3.5% en zonas urbanas y de 1.5% en las rurales.⁽³²⁾

Información más reciente para zonas urbanas, provenientes de la Encuesta Nacional de Hogares(ENAH) 1997, señala que la tasa de participación de este grupo poblacional es 39%, manteniéndose fuera de la

actividad laboral el 61% restante de los cuales 40% son jubilados o pensionistas y el 13.4% presentan alguna enfermedad o discapacidad. ⁽³³⁾

EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento puede definirse como “la suma de todos los cambios que se producen en el ser humano con el paso del tiempo y que conducen a un deterioro funcional y a la muerte” ⁽³⁴⁾. Una definición alternativa podría ser “un descenso en la capacidad para sobrevivir al estrés considerándolo como cualquier factor o proceso que tiende a desviar el ambiente interno de su equilibrio normal, con el punto final del deterioro homeostático en un ambiente interno incompatible con la vida”. ⁽³⁵⁾

El envejecimiento comprende aquellos cambios que se producen en cualquier célula o sistema orgánico en función del tiempo, independientemente de cualquier influencia externa o patológica. Erróneamente muchas personas consideran el envejecimiento como un estado patológico o una enfermedad; sin embargo no es ni una enfermedad ni el resultado de una suma de múltiples estados patológicos; el envejecimiento y muerte, al igual que el nacimiento y la maduración, son parte del ciclo de vida normal.

Ahora bien, se estudia el envejecimiento a partir de teorías biológicas, las cuales intentan describir y explicar los procesos fisiológicos y las alteraciones estructurales de los organismos vivos, las teorías psicológicas las cuales describen y explican la conducta del adulto mayor en relación con otras personas y las teorías sociológicas que centran su atención en los medios de adaptación del adulto mayor en ésta última etapa de su vida. ⁽³⁶⁾

CAMBIOS EN EL ADULTO MAYOR

Las personas adultas mayores enfrentan cambios físicos que generan limitantes, cambios laborales, sociales, económicos, etc., que en muchas

ocasiones sobrecargan ésta habilidad de adaptación .Esto genera ajustes en la realización de actividades cotidianas, impuestas por limitantes, posibles enfermedades crónico degenerativas, muerte a su alrededor (sus congéneres), entre otros.

Por lo mencionado anteriormente podemos resumir al envejecimiento como un proceso dinámico (sujeto a cambios), progresivo, e irreversible, en el que intervienen múltiples factores biológicos psíquicos y sociales. En la actualidad aún no se tiene respuesta a muchas preguntas, sobre cómo se entrelazan o se relacionan los factores biológicos, psicológicos y sociales y cómo se lleva a cabo el proceso de envejecimiento; lo cierto es que no existe causa única que explique porqué se envejece, sino un conjunto de factores interrelacionados.⁽³⁷⁾

CAMBIOS BIOLÓGICOS: *“Afecta a todo el organismo aunque su progresión no es uniforme”*⁽³⁸⁾. Los cambios en este nivel se van a dar en diversos aspectos, sin embargo se considerará aquellos cambios que afectarán directamente en la realización de las actividades cotidianas o rutinarias, en el adulto mayor así mismo aquellos cambios que lo van a predisponer a presentar accidentes en diversos ámbitos.

Cambios Celulares: los órganos están formados por una variedad de tejidos, y éstos por una variedad de células y elementos extracelulares, cada uno de estos órganos envejece en su propia velocidad y a cualquier edad; el grado de deterioro varía de acuerdo con el tiempo celular. Desde el punto de vista macroscópico se observa una disminución del volumen de los tejidos y microscópicamente se observa un retardo en la diferenciación y crecimiento celular lo cual provoca el descenso del número de células. También hay un descenso del agua intracelular y existe un aumento del tejido adiposo profundo.⁽³⁹⁾

Cambios Funcionales: es evidente que los límites entre la salud y la enfermedad se vuelven menos precisos cuando aumentan las deficiencias

mentales y neurológicas. *“Los desórdenes del sistema nervioso son los que causan más daños en el adulto mayor y producen cerca de la mitad de las discapacidades en el grupo de personas adultas mayores de 65 años a más, originando más del 90% de los casos de dependencia total, disminución de la memoria, del intelecto, la inteligencia, la pérdida de facultades sensoriales, el equilibrio y la coordinación”.* ⁽⁴⁰⁾ Es así que aparecen cambios en los órganos sensoriales (los que más permiten un contacto con el mundo que nos rodea), una disminución en el número de unidades funcionales del sistema nervioso, así como una disminución en la conducción de impulsos nerviosos. Como resultado de la función integradora del sistema nervioso y la capacidad de reserva hacia la presencia del estrés se encuentran significativamente afectadas.

Marcha y equilibrio: los problemas de motilidad y marcha en la vejez son consecuencia de la disminución de la función mental. Con la edad se suelen presentar cambios en el patrón de la marcha, tales como la inseguridad, el ensanchamiento de la base de apoyo, el paso lento, la postura encorvada y la disminución del movimiento de los brazos. Las alteraciones de la marcha pueden asociarse a deficiencias en el sistema nervioso central, a la disminución en la velocidad de conducción de la masa muscular y al aumento del tono muscular (rigidez). Las dificultades en la marcha y el equilibrio, así como las repetidas caídas que sufren las personas adultas mayores, pueden asociarse con signos de enfermedad. ⁽⁴¹⁾

Cambios Sistema Músculo Esquelético: en los adultos mayores aumentan la inestabilidad postural, los trastornos vestibulares y el desequilibrio del cuerpo; se han documentado cambios en la latencia, el tiempo y la amplitud de la respuesta muscular postural asociados con cambios debidos a la edad. Los músculos, los huesos y las superficies articulares sufren cambios que provocan una reducción de la masa muscular, la fuerza, la coordinación, y alteraciones en el cartílago. La reducción de la elasticidad de los tejidos, causada por un aumento del colágeno muscular, produce rigidez en articulaciones y músculos. La fuerza muscular y el

movimiento están disminuidos, especialmente en las manos y los músculos de las piernas. La reducción de la perfusión de oxígeno y nutrientes a los músculos ocasionan un descenso en la velocidad de contracción del músculo, que conduce a movimientos más lentos. ⁽⁴²⁾

Con el tiempo, el estrés, las actividades cotidianas, puede lesionar gravemente el bienestar general de una persona. Como en otros grupos de edad, el adulto mayor sufre y se adapta al estrés y la fatiga de diversas formas. Algunas de las formas en que los adultos mayores reducen el estrés y la fatiga son mediante el reposo y la relajación. Se ha demostrado que el reposo y la relajación aumentan la sensación de energía, vitalidad y autocontrol. En el adulto mayor, los trastornos en el reposo y la relajación pueden lesionar los procesos intracerebrales y conducir a una desorientación progresiva de la mente y de las actividades conductuales del sistema nervioso central, originando problemas psicológicos y físicos múltiples. ⁽⁴³⁾

Cambios sensoriales

Visión: La mayoría de los adultos mayores mantienen una capacidad visual suficiente para llevar a cabo las actividades de la vida diaria o rutinarias; sin embargo, a partir de los 70 años el hecho de presentar una visión alterada es la norma, más que la excepción. Las modificaciones en la visión comienzan de forma repentina a partir de los 40 años y aumentan de forma gradual durante el resto de la vida. Algunas de estas alteraciones visuales representan molestias normales propias de la edad, mientras otras representan enfermedades severas. Dado que estos cambios se producen de forma gradual, es frecuente que pasen desapercibidos hasta que el adulto mayor presente alteraciones significativas que afecten el desarrollo de sus actividades cotidianas o rutinarias. Como consecuencia de las limitaciones y la pérdida de la visión, estas personas pueden necesitar ayuda para conducirse, leer, realizar actividades en su tiempo libre y trabajar. La posibilidad de disponer de ayuda para realizar dichas actividades les proporciona una sensación de placer y refuerza los sentimientos de autoestima. ⁽⁴⁴⁾

Entre las modificaciones fisiológicas propias del proceso de envejecimiento se encuentra: la disminución de la visión periférica, la disminución de la capacidad de mirar hacia arriba y la disminución en la producción de lágrimas. Además es frecuente encontrar el arco senil (un anillo alrededor del limbo ocular), el amarilleo de la esclerótica y una apariencia de hundimiento de los ojos (como consecuencia de la pérdida de la grasa periorbitaria). Los cuatro cambios principales que afectan el modo de vida son: la dificultad para acomodar, la alteración en la percepción de los colores, la hipersensibilidad frente a la luz y el resplandor y la disminución de la agudeza visual.

Mala Acomodación: que se define como la capacidad para enfocar los objetos a distancias diferentes, disminuye con la edad y a partir de los 40 a 50 años, la mayoría de las personas reconocen la necesidad de mantener los objetos alejados de los ojos para poder enfocarlos correctamente. Es posible escuchar a los adultos mayores decir "se me deben haber quedado cortos los brazos, porque no puedo mantener este papel lo bastante lejos como para leerlo". Esta alteración en la capacidad para acomodar se debe al aumento de densidad y de rigidez de la lente, que dan lugar a una pérdida de elasticidad. El término presbiopía (de presbi, "viejo" y opis, "ojo") se utiliza para describir este tipo de alteración en el ojo envejecido. Presbiopía significa que el punto más cercano aumenta, o que aumenta la distancia más corta hasta el ojo a partir de la cual se puede ver un objeto con claridad. Este problema de visión suele conducir a la incapacidad para distinguir los detalles pequeños, como los ojales, las indicaciones en los frascos de medicinas, desperfectos del piso, entre otros. ⁽⁴⁵⁾

Alteración de la Percepción de los Colores: Con la edad, la lente del ojo amarillea por razones que se desconocen, lo cual da lugar a una incapacidad para diferenciar los colores con longitud de onda corta, como son el azul, el violeta y el verde. También puede resultar difícil diferenciar los colores pastel o pálidos, así como el marrón oscuro, el negro o el azul oscuro, ya que se tiende a verlos todos juntos. Los colores que los adultos de edad avanzada distinguen mejor son los amarillos, los rojos y los anaranjados. La alteración en la

percepción del color se relaciona con el amarilleo de la lente y con la alteración en la transmisión de la luz a través de la retina, que aparecen con el avance de la edad.⁽⁴⁶⁾

Hipersensibilidad a la Luz y al Resplandor: La capacidad del ojo envejecido para adaptarse a los cambios en la cantidad de luz por (demasiada o muy poca iluminación) se encuentra disminuida. Estas modificaciones se deben fundamentalmente a la disminución en el tamaño y la elasticidad de la pupila, debida a su vez a una disminución en la elasticidad del iris. Como consecuencia, la pupila del ojo de un adulto mayor suele ser más pequeña, y en cierta medida, fija. El menor tamaño de la pupila no permite que entre una cantidad de luz suficiente en el ojo, por lo que se necesita más luz para ver correctamente. Los adultos mayores necesitan generalmente aumentar la potencia de las bombillas o llevar una linterna por la noche, para ver los escalones y las cerraduras. Este problema recibe el nombre de "ceguera nocturna". Cuando un adulto mayor pasa de la oscuridad a la luz y de nuevo a la oscuridad, la pupila tarda mucho más en adaptarse a los cambios, que la de una persona joven. Esto se debe a que el tamaño de la pupila se reduce, ello altera la cantidad de luz que llega a la retina, lo cual limita la eficacia de la contracción y la dilatación pupilar.⁽⁴⁷⁾

A diferencia de estos problemas debidos a una iluminación escasa, el exceso de luz puede causar un deslumbramiento o resplandor de una luz fuerte y brillante, que produce cierta molestia al visualizarlo directamente como por ejemplo la luz del sol. A partir de esta definición, resulta sencillo imaginar la angustia y la frustración que este tipo de resplandor ocasiona en los adultos mayores que experimentan esta modificación propia del envejecimiento. Las superficies brillantes, como los suelos bien pulidos, suelen provocar en los adultos mayores un resplandor cegador y una distorsión de la visión. Por tanto, si se aumenta la cantidad de luz, ésta se debe distribuir de forma que el resplandor sea mínimo.⁽⁴⁸⁾

Disminución de la Agudeza Visual: A los 65 años, la mayoría de los adultos mayores presentan una agudeza visual de 20/70 (los objetos que ven a una

distancia de 6 m, los ve una persona con visión normal a 20 m), o menor. La visión envejecida da lugar a una imagen con un fondo oscuro y borroso, detrás del punto focal. Los adultos mayores afirman que la incapacidad para ver correctamente altera su modo de vida y les impide hacer las actividades cotidianas o de rutina. La agudeza visual comienza a disminuir alrededor de los 40 años de edad. A partir de este momento se produce un descenso brusco en la misma. *“Esta disminución se debe probablemente a una serie de modificaciones en el cristalino y en el humor vítreo”* (Corso, 1987). Dichas modificaciones aparecen como consecuencia de la pérdida progresiva de la capacidad que tiene la lente para cambiar de forma. Otra de las modificaciones que contribuye a la disminución de la agudeza visual es el aplanamiento de la córnea, que da lugar a astigmatismo y visión borrosa. También es frecuente que disminuya la fuerza de los músculos oculares, lo que da lugar a una disminución en la capacidad para mantener la mirada hacia arriba y la convergencia. ⁽⁴⁹⁾

Audición: En el adulto mayor, la membrana del tímpano se adelgaza, se vuelve más pálida y fibrosa y disminuye su capacidad para transmitir el sonido. La impactación del cerumen del oído seca y endurecida, que contiene cada vez más queratina con el paso de los años, interfiere en el movimiento del tímpano y en la transmisión del sonido. Se utiliza el término "hipoacusia de conducción propia de la edad" para describir la alteración en la transmisión de las ondas sonoras desde el exterior, a través del conducto auditivo y la membrana del tímpano. Ello puede ser producido por lesión del octavo par craneal y de las estructuras sensitivas y nerviosas asociadas del oído interno, y recibe el nombre de "hipoacusia sensorial" o "hipoacusia de percepción". En los casos que presentan una hipoacusia tanto de conducción como sensorial, se utiliza el término de "hipoacusia mixta". ⁽⁵⁰⁾

La disminución de la agudeza auditiva, consiste en una pérdida gradual, progresiva y simétrica de la capacidad de oír sonidos de alta frecuencia, y que a medida que evoluciona, implica también a los sonidos de media y baja frecuencia. Esta pérdida gradual bilateral se debe a un proceso degenerativo

de las neuronas del nervio auditivo (octavo par craneal), de los huesos y de la cóclea. Estas alteraciones se notan más en la capacidad para oír las consonantes es así que resulta difícil distinguir consonantes como s, z, t, f y g, que están compuestas por tonos de alta frecuencia. Estas alteraciones en la capacidad para oír las consonantes y las vocales conducen a la falta de claridad al hablar, a diferencia de la pérdida de volumen (volumen alto). Por tanto, para hacerse oír por una persona con presbiacusia, no es necesario gritar, sino modificar las palabras o las frases para aumentar la capacidad de percepción del sonido. ⁽⁵¹⁾

La pérdida de audición en un adulto de edad avanzada no se debe considerar solamente como una pérdida de la capacidad de oír, sino como una deficiencia más amplia, capaz de influir en la perceptividad, el comportamiento y la personalidad. Las alteraciones suelen ser más pronunciadas a medida que la persona envejece, de manera que afecta a las actividades de la vida diaria y al modo de vida. A diferencia de la ceguera, suele producir una sensación de ridículo, en lugar de compasión. Una persona sorda puede parecer tonta, ya que es incapaz de oír lo que se dice y generalmente es incapaz de controlar su propia voz. Esta persona suele aislarse ella misma, sufrir depresiones, y generalmente se la recibe con poco agrado. El hecho de corregir los problemas de audición que aparecen como consecuencia del envejecimiento normal representa un problema económico, social y emocional. Si no se tratan dichos problemas, pueden desembocar en crisis familiares, lesiones, incapacidades físicas secundarias a caídas, un aumento en el riesgo de sufrir traumatismos como peatones o en vehículos motorizados y otros accidentes en general a nivel intra y extra domiciliario, debido a la incapacidad para percibir el peligro a partir de las señales de alarma normales.

Olfato, Gusto, Tacto: El olfato y el gusto se consideran sistemas sensoriales de importancia secundaria, en comparación con la vista y el oído. Las alteraciones y las disfunciones de estos sentidos relacionadas con la edad suelen ser menos evidentes que las de la vista y el oído. Sin embargo, estos sentidos resultan esenciales para vivir y adaptarse a un entorno que cambia constantemente, y

contribuyen, de forma imposible de medir, a apreciar y disfrutar del mundo en el que vivimos.⁽⁵²⁾

El olfato y el gusto se relacionan con el placer de comer por lo que resultan esenciales para que la nutrición sea adecuada. Además, estos sentidos contribuyen en la protección de lesiones, ya que nos alertan frente al peligro al permitirnos detectar algunos de estos peligros, como el humo de un incendio, un escape de gas, o la comida en mal estado. El sentido del tacto es extremadamente importante como mecanismo de protección, ya que permite a nuestro cuerpo reaccionar frente a un estímulo táctil determinado, como por ejemplo, la regulación de la temperatura y el dolor, éstos suelen ser los más afectados en los adultos mayores. Dado que sus mecanismos de regulación de la temperatura se vuelven menos sensibles y con menor capacidad de discriminación, tanto frente a los estímulos internos como a los externos, estas personas experimentan más problemas relacionados con factores ambientales, como la regulación del calor y el frío y el control de la homeostasis corporal. La disminución de la sensibilidad táctil relacionada con ellos algunas enfermedades crónicas, como las neuropatías, reduce las sensaciones de dolor.

En relación a la piel, esta contiene una gran variedad de receptores que reaccionan frente a presión, con lo que inician el sentido del tacto. Aunque no se dispone de investigaciones acerca de las modificaciones que sufre el sentido del tacto con el envejecimiento, las pruebas al respecto demuestran que desde el punto de vista funcional produce alteración de la permeabilidad cutánea, disminución de las reacciones inflamatorias, disminución de la respuesta inmunológica, trastorno de la cicatrización de las heridas por disminución de la vascularización, pérdida de elasticidad de los tejidos, percepción sensorial disminuida y disminución de la producción de la vitamina D, palidez y velocidad de crecimiento disminuida.⁽⁵³⁾

Es por ello que muchas veces se producen en el adulto mayor, diversas lesiones que alteran la integridad de la piel, entre ellas las quemaduras que son pasadas desapercibidos, simplemente porque no presentan molestias significativas en la persona, un ejemplo evidente es la quemadura por rayos

solares, que se podría considerar un riesgo inminente al cual no se le presta la importancia debida, sobre todo en éste grupo etáreo. En las actividades cotidianas las alteraciones del sentido del tacto generalmente producen torpeza motora (es así que las personas adultas mayores suelen tirar o romper objetos) alteraciones en la marcha los, entre otros, los cuales pueden dar mayor probabilidad de sufrir accidentes. Así mismo la sensibilidad al dolor pueden ocasionar daños muy peligrosos; por ejemplo, los adultos mayores pueden ser incapaces de percibir el superficies calientes (agua, recipientes, etc.)⁽⁵⁴⁾

Cabe señalar que es de suma importancia la evaluación sensorial ya que aquellos adultos mayores que no son capaces de distinguir las señales de alarma presentes en su entorno, como el humo procedente de un incendio, una fuga de gas o una comida en mal estado, presentan un riesgo de padecer accidentes que pone en riesgo su vida. Éste aumento de vulnerabilidad puede dar lugar a ansiedad y miedo, sobretodo en adultos mayores que viven solos. Otro problema de gravedad similar es el hecho de que muchos adultos mayores no son conscientes de las alteraciones sufridas por su sistema sensorial, de manera que no prestan atención suficiente a estos peligros potenciales.

De lo manifestado anteriormente podemos resumir en que los sentidos como el olfato, el gusto y el tacto resultan extremadamente importantes para percibir y disfrutar del mundo que nos rodea. Los adultos mayores con frecuencia padecen alteraciones sensoriales, es por ello que necesitan aprender mecanismos que les permitan superar y adaptarse a las mismas. Además, es necesario enseñar a las familias la dinámica relacionada con la pérdida de los sentidos, para que sean capaces de comprender mejor y apoyar a los adultos mayores afectados.⁽⁵⁵⁾

CAMBIOS PSICOLÓGICOS

En la última década se han redoblado los esfuerzos por mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. La investigación sobre los cambios cognitivos que

se producen en el envejecimiento forma parte de esos esfuerzos.

Cambios cognitivos: La función cognitiva es esencial para el adulto mayor sea capaz de tomar cierto sentido del ambiente circundante y de responder de forma apropiada para satisfacer las necesidades diarias. La cognición se refiere a los procesos mentales complejos que tienen lugar entre la propia experiencia del ambiente (el estímulo) y la propia conducta observable desde el exterior (la respuesta). Estos procesos abarcan: La percepción del ambiente, la capacidad para recordar lo que se percibió, la capacidad para razonar y pensar sobre lo que se ha percibido, la capacidad para tomar decisiones y resolver problemas. En general, la función cognitiva no se ve necesariamente afectada en una gran extensión por los cambios fisiológicos normales que aparecen con el envejecimiento. Es común que las personas ancianas sufran diversos cambios cognitivos, entre ellos, cierta dificultad para la memoria reciente, cierto grado de lentificación psicomotora, un descenso en el tiempo de reacción simple, una alteración en el modo de resolver problemas, una deficiencia en la producción y un aumento de la prudencia. Estos cambios pueden interferir con la vida diaria o actividades cotidianas. Aunque todas las personas, en ocasiones, olvidan cosas o situaciones, a medida que la persona envejece, los olvidos se vuelven más evidentes en la medida en que son más frecuentes. La falta de memoria asociada con el envejecimiento normal está relacionada con la memoria reciente (el procesamiento y almacenamiento de memorias nuevas). Por el contrario, para muchos ancianos, su memoria antigua, a largo plazo, permanece generalmente intacta.⁽⁵⁶⁾

Envejecimiento y memoria: Casi todas las personas, a medida que se van haciendo mayores, experimentan ciertas pérdidas de memoria, no solo porque de pronto son incapaces de recordar una cara o un nombre, sino también porque les resulta más difícil retener nuevas informaciones, nuevos datos, nuevas caras.⁽⁵⁷⁾

CAMBIOS SOCIALES

Cambio de Rol individual: “Los cambios de rol individual se plantean desde tres dimensiones”⁽⁵⁸⁾:

El Adulto Mayor como individuo. Los individuos en esta última etapa toman conciencia de que la muerte está cerca. La actitud frente la muerte cambia con la edad. Uno de los aspectos del desarrollo del individuo es la aceptación de la realidad de la muerte. Esta es vivida por los adultos mayores como liberación, como el final de una vida de lucha, preocupaciones y problemas, para otros es una alternativa mejor aceptada que el posible deterioro o la enfermedad. Otros ancianos rechazan el hecho de morir y suelen rodearse de temor y angustia.

El Adulto Mayor como integrante del grupo familiar. Las relaciones del adulto mayor con la familia cambian, porque suelen convivir con sus nietos e hijos. La relación con sus hijos y nietos pasa por distintas etapas. La primera etapa cuando el adulto mayor es independiente y ayuda a los hijos y actúa de recadero. La segunda etapa cuando aparecen problemas de salud, las relaciones se invierten, y la familia suele asumir la responsabilidad para con el adulto mayor de modo rotativo, es decir el adulto mayor pasa cierto periodo de tiempo con cada uno de sus familiares, sean hijos u otros allegados. Finalmente en la sociedad también se puede apreciar el hecho de que el adulto mayor debe asumir una actitud de resignación a vivir sólo o en el mejor de los casos acompañados de su pareja, ello fuera del domicilio de los hijos y otros familiares.⁽⁵⁹⁾

El Adulto Mayor como persona capaz de afrontar las pérdidas. La ancianidad es una etapa caracterizada por las pérdidas (facultades físicas, psíquicas, económicas, rol, afectivas). Las pérdidas afectivas caracterizadas por la muerte de un cónyuge o un amigo van acompañadas por gran tensión

emocional y sentimiento de soledad .El sentimiento de soledad es difícil de superar. ⁽⁶⁰⁾

Cambio de Rol en la Comunidad: La sociedad valora sólo al hombre activo, que es aquel que es capaz de trabajar y generar riquezas. El adulto mayor suele estar jubilado y es una persona no activa, pero tiene más posibilidades de aportar sus conocimientos y realizar nuevas tareas comunitarias. Su papel gira alrededor de dos grandes actividades: la actividad laboral y las tareas comunitarias, tales como asociaciones, sindicatos, grupos políticos. El hecho de envejecer modifica el rol que se ha desarrollado, pero no el individual. ⁽⁶¹⁾

Cambio de Rol Laboral: Algunos autores señalan que en la etapa de adultez mayor, de cierto modo se experimenta una “ausencia de rol”, dado a que si bien analizamos las etapas de la niñez, adolescencia, y adultez tienes sus roles perfectamente establecidos, pero no existe una definición sociocultural del conjunto de actividades que serían específicas de los adultos mayores y cuyo desempeño los haría sentirse útiles, conseguir reconocimiento social, elevando así su autoestima. En muchos casos el compañero(a) ya partió y deben enfrentar los desajustes de la viudez, unidos en la mayoría de los casos, con la independencia de los hijos. ⁽⁶²⁾

Se observa así, que cada persona debe buscar que hacer, ver más o menos valiosas para él pero sin garantía que serán reconocidas socialmente, esto hace que unos pocos logren su quehacer y que muchos otros deben resignarse al estrecho mundo de las cuatro paredes de su hogar, donde muchas veces viven un transcurrir sin anhelos, sin entusiasmo y sin horizontes. Por otro lado un grupo de adultos mayores experimentan el cambio que implica la jubilación, que es la situación de una persona en la que tiene derecho a una pensión, después de haber cesado de su oficio. Una de las consecuencias de la jubilación es la adaptación difícil porque la vida y sus valores están orientado entorno al trabajo y la actividad. Las relaciones sociales disminuyen al dejar el ambiente laboral, los recursos económicos disminuyen. El adulto mayor debe de conocer las consecuencias

de la jubilación, para prevenir sus efectos negativos, y para mantener la calidad de vida digna para las personas jubiladas. ⁽⁶³⁾

ACTIVIDADES DEL ADULTO MAYOR

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “en el estudio de la calidad de vida del adulto mayor, hay que tener en cuenta aspectos tales como el estado de salud, la determinación de factores de riesgo de discapacidades, la predicción de discapacidades el bienestar subjetivo y el estado funcional de este grupo poblacional”. ⁽⁶⁴⁾ Así mismo considera la que las Actividades de la Vida Diaria (AVD) constituyen el indicador, más importante para medir el funcionamiento del adulto mayor.

La capacidad de realización de las Actividades de la Vida Diaria (AVD), es resultante del funcionamiento de las áreas de salud física, mental y socio económico. Y se dividen en:

- ✓ *“Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), son aquellas habilidades esenciales para llevar a cabo las actividades de autocuidado, alimentación, vestirse, aseo personal, trasladarse, utilizar el retrete y mantener la continencia.”⁽⁶⁵⁾*

Existe instrumentos de evaluación de la capacidad funcional para Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), entre ellas se encuentra: El Índice de Katz, la escala de Barthel, escala de Karnnofsky, entre otras; sin embargo el instrumento de elección más utilizado es el Índice de Katz. (Anexo D)

El Índice de Katz, fue creado en el año 1958 por un equipo multidisciplinario dirigido por S. Katz y conformado por enfermeras, médicos, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas del The Benjamín Rose Hospital (un hospital geriátrico y de enfermos crónicos de Cleveland, Ohio) con la finalidad de evaluar la capacidad para desarrollar actividades básicas de la vida diaria (ABVD), en los adultos mayores. Valora

seis funciones básicas (baño, vestido, uso del retrete, movilidad, continencia de esfínteres y alimentación) en términos de dependencia o independencia, agrupándolas posteriormente en un solo índice resumen.⁽⁶⁶⁾

Inicialmente se basaba en la observación directa del paciente por el personal de salud durante las dos semanas previas a la evaluación. Actualmente se acepta su medición mediante el interrogatorio directo del paciente o de las personas que directamente conviven con él. El concepto de independencia en este índice es distinto al de otras escalas. Se considera independiente a una persona que no precisa ayuda o utiliza ayuda mecánica y dependiente a aquella que necesita ayuda de otra persona, incluyendo así la supervisión de la actividad. Si una persona no quiere realizar una actividad o no la realiza se considera dependiente aunque pudiera hacerla en teoría. Las funciones que valora tienen carácter jerárquico, de tal forma que la capacidad de realizar una función implica la capacidad de hacer otras de menor rango jerárquico. Esto confiere una serie de ventajas como la sencillez en la realización, evitando cuestionarios complejos, la comodidad para el paciente y facilidad a la hora de comunicar información.

A continuación podemos apreciar la estructura del Índice de Katz:

- A.** Independiente en alimentación, continencia, movilidad, uso del retrete, vestirse y bañarse
- B.** Independiente para todas las funciones anteriores excepto una.
- C.** Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional.
- D.** Independiente para todas excepto bañarse, vestirse y otra función adicional.
- E.** Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función adicional.
- F.** Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función adicional.
- G.** Dependiente en las seis funciones.

H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F ⁽⁶⁷⁾

- ✓ *“Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD), son aquellas más complejas y necesarias para desarrollar la vida independientemente en la comunidad: preparación de comida, hablar por teléfono, realización de compras, mantenimiento de la casa , lavado de ropa, uso de medios de transporte publico , auto administración de medicamentos ,responsabilidad respecto a su medicación, capacidad para manejar asuntos económicos”.* ⁽⁶⁸⁾

Para la evaluación de la capacidad funcional para realizar actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) el instrumento de elección es la Escala de Lawton y Brody, que es uno de los instrumentos de medición más utilizado internacionalmente y la más utilizada en las unidades de geriatría de España, sobre todo a nivel de consulta y hospital de día. Fue Publicada en 1969, y traducida en el año 1993, desarrollada en el Centro Geriátrico de Filadelfia, para población adulta mayor institucionalizada o no, con objeto de evaluar la capacidad para desarrollar Actividades Instrumentales de la Vida Diaria(AIVD). Valora 8 items (capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía)y les asigna un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente). (Anexo E).Cuando se evalúa a un adulto mayor se puede hacer pidiéndole que ejecute determinados ABVD o simplemente preguntándole a él o a su cuidador si es capaz de llevarlas a cabo y con qué dificultad. ⁽⁶⁹⁾

ACCIDENTES Y RIESGO EN EL ADULTO MAYOR.

Se define como *“accidente cualquier suceso fortuito, que provocado por una acción violenta y repentina ocasionada por un agente externo involuntario, da lugar a una lesión corporal. La amplitud de los términos de esta definición obliga a tener presente que los diferentes tipos de accidentes*

se hallan condicionados por múltiples fenómenos de carácter imprevisible e incontrolable”.⁽⁷⁰⁾

Existen varios tipos de accidentes, entre los que se encuentran:

- **Accidentes en el hogar:** intoxicaciones, quemaduras, torceduras, caídas es más común.
- **Accidentes en el trabajo:** quemaduras, congelamiento, inmersión, muertes violentas, electrocución, etc.
- **Accidentes de tránsito:** Choques, muertes violentas, etc.

Causas básicas y causas inmediatas

No deben confundirse las causas básicas con las causas inmediatas. Por ejemplo, la causa inmediata de un accidente puede ser la falta de una prenda de protección, pero la causa básica puede ser que la prenda de protección no se utilice porque resulta incómoda. Supongamos que a un tornero se le ha clavado una viruta en un ojo. Investigado el caso se comprueba que no llevaba puestas las gafas de seguridad. La causa inmediata es la ausencia de protección individual, pero la causa básica está por descubrir y es fundamental investigar por qué no llevaba puestas las gafas. Podría ser por tratar de ganar tiempo, porque no estaba especificado que en aquel trabajo se utilizaran gafas (falta de normas de trabajo), porque las gafas fueran incómodas, etc. Es pues imprescindible tratar de localizar y eliminar las causas básicas de los accidentes, porque si solo se actúa sobre las causas inmediatas, según el *Yankee Group*, de Boston, los accidentes volverán a producirse.⁽⁷¹⁾

Causas básicas

Las causas básicas pueden dividirse en factores personales y factores del trabajo. Las más comunes son:

Factores personales:

- Falta de conocimiento o de capacidad para desarrollar el trabajo que se tiene encomendado.
- Falta de motivación o motivación inadecuada.
- Tratar de ahorrar tiempo o esfuerzo y/o evitar incomodidades.
- Lograr la atención de los demás, expresar hostilidades.
- Existencia de problemas o defectos físicos o mentales.

Factores de trabajo:

- Falta de normas de trabajo o normas de trabajo inadecuadas.
- Diseño o mantenimiento inadecuado de las máquinas y equipos.
- Hábitos de trabajo incorrectos.
- Uso y desgaste normal de equipos y herramientas.
- Uso anormal e incorrecto de equipos, herramientas e instalaciones.

Causas inmediatas

Las causas inmediatas pueden dividirse en actos inseguros y condiciones inseguras. Veamos algunos ejemplos de los más comunes:

Actos inseguros

- Realizar trabajos para los que no se está debidamente autorizado.
- Trabajar en condiciones inseguras o a velocidades excesivas.
- No dar aviso de las condiciones de peligro que se observen, o no señalizadas.
- No utilizar, o anular, los dispositivos de seguridad con que va equipadas las máquinas o instalaciones.
- Utilizar herramientas o equipos defectuosos o en mal estado.
- No usar las prendas de protección individual establecidas o usar prendas inadecuadas.
- Gastar bromas durante el trabajo.
- Reparar máquinas o instalaciones de forma provisional.
- Realizar reparaciones para las que no se está autorizado.

- Adoptar posturas incorrectas durante el trabajo, sobre todo cuando se manejan cargas a brazo.
- Usar ropa de trabajo inadecuada (con cinturones o partes colgantes o desgarrones, demasiado holgada, con manchas de grasa, etc.).
- Usar anillos, pulseras, collares, medallas, etc. cuando se trabaja con máquinas con elementos móviles (riesgo de atrapamiento).
- Utilizar cables, cadenas, cuerdas, eslingas y aparejos de elevación, en mal estado de conservación.
- Sobrepasar la capacidad de carga de los aparatos elevadores o de los vehículos industriales.
- Colocarse debajo de cargas suspendidas.
- Introducirse en fosos, cubas o espacios cerrados, sin tomar las debidas precauciones.
- Transportar personas en los carros o carretillas industriales.

Condiciones inseguras

- Falta de protecciones y resguardos en las máquinas e instalaciones.
- Protecciones y resguardos inadecuados.
- Falta de sistema de aviso, de alarma, o de llamada de atención.
- Falta de orden y limpieza en los lugares de trabajo.
- Escasez de espacio para trabajar y almacenar materiales.
- Almacenamiento incorrecto de materiales, apilamientos desordenados, bultos depositados en los pasillos, amontonamientos que obstruyen las salidas de emergencia, etc.
- Niveles de ruido excesivos.
- Iluminación inadecuada (falta de luz, lámparas que deslumbran)
- Falta de señalización de puntos o zonas de peligro.
- Existencia de materiales combustibles o inflamables, cerca de focos de calor.
- Huecos, pozos, zanjas, sin proteger ni señalizar, que presentan riesgo de caída.
- Pisos en mal estado; irregulares, resbaladizos, desconchados.
- Falta de barandillas y rodapiés en las plataformas y andamios. ⁽⁷²⁾

Ahora bien, hablar de salud implica tomar en consideración las situaciones que se pueden incidir negativamente en ellas, a esto se denomina riesgo, término que epidemiológicamente se define como :“ *La probabilidad de que un hecho o circunstancia ocurra*”⁽⁷³⁾, la misma que se verá aumentada cuando dos o más riesgos coincidan en una misma comunidad . Los factores de riesgo modificables, que más dañan la salud del individuo, son los de comportamiento, susceptibles de cambiar si se adoptan estilos de vida saludables.

Los riesgos en el adulto mayor pueden ser producto de proceso de envejecimiento natural, enfermedades físicas propias de esta edad Hipertensión arterial (HTA), Diabetes mellitus (DBM), etc.; los problemas de orden psicoemocional, por las pérdidas o alejamiento de seres queridos, por el cese de la actividad laboral, por carencia de afecto y atención y también por las actividades de la vida diaria que usualmente realiza o también llamados de rutina.

Es el caso de los accidentes en el ámbito doméstico a los que están expuestos los adultos mayores. Los percances más comunes pueden evitarse con consejos para la prevención. Según el informe de la Fundación Mapfre, revela que el 12 por ciento de las personas mayores de 65 años en España, sufrieron algún tipo de accidente en casa durante el año 2008.⁽⁷⁴⁾

“Los accidentes más comunes son las caídas, las intoxicaciones, las quemaduras, las electrocuciones y la asfixia. Todas estas causas dependen tanto de factores intrínsecos, relacionados con la persona mayor, como la reducción de las capacidades auditiva, visual y locomotora, ciertas enfermedades o el consumo de determinados fármacos, como de factores extrínsecos, o sea, aquellos que se dan en actividades de la vida diaria, como levantarse, cocinar o asearse.”⁽⁷⁵⁾

Un buen conocimiento sobre estos factores reduce considerablemente el riesgo a sufrir un accidente, y algunos de ellos son tan simples como retirar alfombras de determinadas localizaciones de la casa para evitar una caída. Estas medidas de prevención en el hogar son fundamentales, ya que hay que tener en cuenta que hay un grupo considerable de personas adultas mayores que viven solas.

Tal es así que diversos estudios de investigación realizados sobre accidentes en éste grupo etáreo concluye en que existen dos Factores de Riesgo presentes que predispones al adulto mayor a presentar accidentes , más aún dentro del domicilio, son los siguientes:

Factores Intrínsecos se consideran aquellos cambios propios del envejecimiento, las enfermedades y medicamentos, entre ellos podemos mencionar a los siguientes:

Relacionados a los cambios por la edad

- Cambios en la marcha, los cuales conducen a los mayores a arrastrar los pies cuando caminan, y a no levantar lo bastante los pies del piso; entonces, las posibilidades de tropezar son mayores.
- Disminución de la propiocepción, contribuye a una alteración del equilibrio, sobre todo durante los cambios de posición y al caminar por superficies irregulares.
- Cambios en el control postural: la estabilidad y el equilibrio se ven afectados por reflejos lentos, cambios sensoriales, menor fuerza muscular y menor coordinación y alteraciones articulares.
- Deterioro mental
- Disminución de la agudeza visual y menor velocidad de adaptación visual a los cambios claridad-oscuridad y visión periférica.
- Disminución de la agudeza auditiva
- Vivir solo aumenta el riesgo de caídas⁽⁷⁶⁾

Relacionado a las enfermedades, se considera que el 25% de las caídas tienen relación con ciertas enfermedades especialmente del SNC, corazón y sistema endocrino. Entre estas tenemos:

- Enfermedades neurológicas: como la epilepsia y enfermedades cerebrovasculares que afectan el estado de conciencia y la enfermedad de Parkinson, cerebrovascular, neuropatía, demencias, etc. que afectan el equilibrio y la marcha.
- Enfermedades reumatológicas: como la artrosis y la artritis reumatoide producen trastorno de la marcha, inestabilidad articular, dolor y rigidez.
- Enfermedades cardiovasculares: las arritmias, síncope, vértigo, la insuficiencia cardiaca congestiva y la hipertensión ortostática pueden producir caídas por la pérdida de conciencia y debilidad. La hipotensión ortostática y la postprandial lo sufren entre el 10% al 20% de las personas mayores.
- Enfermedades de los sentidos: los trastornos de la audición, y sobre todo, de la vista especialmente, los problemas de refracción, catarata, degeneración papilar y glaucoma, predisponen a menudo a las caídas.
- Problemas de los pies: uñas largas, callosidades, juanetes, deformaciones articulares que producen dolor, deformación y alteración de la marcha.
- Otras enfermedades como diabetes mal controlada, desequilibrio hidroelectrolítico y hemorragia digestiva predisponen a las caídas/ además, el alcoholismo, el cual produce inestabilidad, y la nicturia que causa apuro para ir al baño.

Relacionado a los medicamentos

Se considera que las personas adultas mayores son susceptibles a los efectos secundarios de los medicamentos y a la interacción entre estos que pueden condicionar las caídas. El número de fármacos es un factor de riesgo, aumentando la posibilidad de caídas cuando se toman cuatro o más

medicamentos. Los fármacos pueden provocar caídas por alteración de la conciencia (somnolencia, confusión), del equilibrio y de la atención, así como, por rigidez muscular o hipotensión postural. Entre los medicamentos que a menudo se asocian como causantes de caídas se encuentran los antihipertensivos, sedantes en general, los diuréticos y los antidiabéticos.⁽⁷⁷⁾

Factores extrínsecos: se considera la ocurrencia en el domicilio y/o el exterior. En el domicilio, a menudo los hogares de las personas adultas mayores están llenos de riesgos ambientales como:

- Mala iluminación de los ambientes: pobre o excesiva
- Escaleras inseguras, sin pasamanos, mal iluminadas y gradas muy altas.
- Alfombras sueltas y arrugadas.
- Mobiliario en mal estado y excesivo.
- Cambios en la distribución de los muebles.
- Taza de baño muy baja, o sin barras de apoyo.
- Pisos y tinas de baño resbaloso, con mucha cera o mojado.
- Pisos desnivelados, mesa y camas bajas
- Cables, cordones, juguetes tirados en el piso.

En el exterior

- Aceras en mal estado.
- Tráfico excesivo, mala señalización y falta de adaptación de los medios de transportes y de acceso a edificios para las personas discapacitadas.

- El primer escalón de los transportes públicos es muy alto (más de 50 cm del suelo). ⁽⁷⁸⁾

Si al envejecimiento fisiológico se le agregan alteraciones visuales, neurológicas u osteoarticulares, problemas de los pies y trastornos de la marcha, estos problemas pueden alterar más la capacidad de respuesta ante el peligro y la velocidad para pasar las calles. Los problemas visuales se asocian también con caídas y dependencia en los adultos mayores.

Asimismo se considera que los adultos mayores pueden desarrollar la mayoría de las actividades que realizaban cuando eran más jóvenes, pero a menor velocidad. La calidad de las respuestas de los adultos mayores se ve afectada por el factor tiempo y por alteraciones a nivel del centro del equilibrio, esto lleva a que tarden más en adaptarse al ambiente y en tomar decisiones.

En vista que la realización de actividades de rutina requieren cierta complejidad, ello significa una exigencia a la capacidad funcional que poseen es pertinente señalar los riesgos que se consideran más frecuentes tales como:

✓ CAÍDAS

La Organización Mundial de la Salud define el término caída como: “la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad”. ⁽⁷⁹⁾

Las caídas son uno de los síndromes geriátricos más frecuentes en los mayores. Aproximadamente un 30% a 50% de los adultos mayores de 65 años que son independientes y viven en su domicilio sufren cuando menos una caída cada año. La incidencia aumenta al 50% en mayores de 75 a 80

años, en los institucionalizados en cuidados prolongados, un 40% a 50% y en los hospitalizados entre el 20% a 25%. Las caídas son un grave problema en los adultos mayores, debido a sus consecuencias físicas, psicológicas y sociales. Son causa importante de lesiones, morbilidad, incapacidad, institucionalización e incluso de muerte. ⁽⁸⁰⁾

Asimismo, son uno de los indicadores importantes para identificar al "adulto mayor frágil", así como factor de riesgo de deterioro y de mal pronóstico. Sin embargo, es importante destacar que las caídas se pueden evitar. Por ello, el conocimiento y comprensión de sus causas y evaluación son fundamentales para llevar a cabo estrategias fundamentalmente preventivas y de atención adecuada para poder conservar su funcionalidad, autonomía, bienestar, y reintegrarlos al seno de su familia y comunidad.

Las causas de caídas se pueden enfocar desde los siguientes puntos de vista:

- Ambiental: *“las caídas son producto de la interacción del individuo y su ambiente. Así tenemos dos tipos sub factores: Extrínsecas, concerniente a factores ambientales e Intrínsecas, asociadas cambios del envejecimiento normal o alteraciones de vida o producidas por una enfermedad”.*
- Médico/Fisiológico: *“las caídas son producidas por la acumulación de déficit que se van presentando con el envejecimiento normal que se traducen como inestabilidad lo que lleva a alteraciones del equilibrio en el movimiento, especialmente durante la marcha”.*
- Funcional; *“las caídas se deben a movimientos problemáticos para el anciano como sentarse y ponerse de pie, girar estando sentado, entre otros”.* ⁽⁸¹⁾

Entre las consecuencias de las caídas se pueden considerar:

Consecuencias físicas, la consecuencia física más grave de una

caída es obviamente la muerte. Las caídas son consideradas como la quinta o sexta causa de muerte en personas mayores de 65 años y es la causa más común de muerte accidental. La mortalidad es mayor si se asocia a edad avanzada, ser de sexo femenino, existencia de caídas previas, y el permanecer largo tiempo en el suelo sin atención.

Aproximadamente del 5% al 25% de las veces se pueden presentar lesiones serias, como fracturas, y luxaciones, las que pueden llevar a inmovilización prolongada, bronconeumonía, tromboflebitis, etc.

Las fracturas (como lesiones más frecuentes) se ubican preferentemente en la cadera, seguidas de las de radio, húmero y pelvis. También las contusiones y heridas se dan con mucha frecuencia y su importancia radica principalmente, en el dolor que produce.

Las lesiones neurológicas; hematoma subdural, conmoción y contusión cerebral son problemas muy raros pero muy graves. Así mismo, las lesiones asociadas a largas permanencias en el suelo son un factor de mal pronóstico, por la hipotermia. ⁽⁸²⁾

Consecuencias psicológicas, la principal y la más negativa consecuencia psicológica es el "Síndrome Postcaída" que se caracteriza por:

- Miedo a volver a caer
- Pérdida de la independencia funcional y autonomía.
- Modificación de los hábitos de vida previos.
- Actitud sobreprotectora de familiares y cuidadores, que provoca una mayor pérdida de la autonomía.

- A menudo aparece depresión, ansiedad, tristeza con disminución de su autoestima, prefieren no salir de casa y la consecuencia es el aislamiento social y la merma de la capacidad funcional.

Consecuencias sociales, las consecuencias ocasionadas por las caídas se refieren a que necesitan ayuda para realizar las actividades de la vida diaria, con disminución de sus actividades sociales y laborales. Aumenta la utilización de los servicios de salud y por ello las caídas representan el 40% de las causas de ingreso a una residencia (institucionalización), aumentando el gasto económico institucional y familiar. ⁽⁸³⁾

✓ QUEMADURAS

“Las quemaduras son lesiones de la piel, de sus anexos y hasta de los músculos y tendones del organismo” ⁽⁸⁴⁾. Estas son producidas por agentes físicos químicos y biológicos en sus diversas formas. En su mayoría pueden ser originadas por fuego, rayos del sol, sustancias químicas, líquidos u objetos calientes, vapor, electricidad y aún por otros factores. Las quemaduras representan uno de los accidentes más frecuentes, graves e incapacitantes que pueden generar desde problemas médicos leves hasta los que ponen en riesgo la vida, según la extensión y profundidad de la quemadura.

“Se estima que un elevado porcentaje, en torno al 85%, podía evitarse, ya que se deben a descuidos, en general domésticos” ⁽⁸⁵⁾. La población más afectada son de corta edad, niños y adultos jóvenes, en su mayoría, en menor proporción los adultos mayores.

Causas: Son muchos y variados los potenciales agentes que causan las quemaduras. El calor, bien por llama expuesta bien por líquidos calientes, es la causa más común entre profesionales (por lo general cuando alcanzan temperaturas entre 15 o 45°C e incluso superiores).

Las quemaduras pueden ser ocasionadas por el contacto o proyección de objetos, partículas o líquidos a temperaturas elevadas y ocurren al: Situar objetos calientes (estufas eléctricas, lámparas, hornos, cocinas, etc.), en lugares accesibles a los adultos mayores o no protegidos adecuadamente. Utilizar recipientes o cuerpos calientes desprovistos de asas o mangos aislantes. Cocer o freír los alimentos que dan origen a salpicaduras sin usar tapas. Manejar objetos a alta temperatura sin protección en las manos.

Sin embargo, en la población general, cada día cobran más importancia las quemaduras producidas por radiaciones: solares, por luz ultravioleta o infrarrojos; debidas en los dos primeros casos a la exposición excesiva, y en el último, frecuentemente, por yatrogenia. Otros posibles agentes son las sustancias cáusticas o ácidos, los cuales entrañan graves peligros ya que suelen producir escasos signos o síntomas durante los primeros días por extensión lenta de la necrosis que producen, estando muy comprometida la vida cuando se manifiesta la patología. No nos podemos olvidar de la electricidad, cuyas lesiones ocurren por la generación de calor por encima de los 5000°C, y que suele provocar lesión significativa con muy poco daño de la piel suprayacente (dado que la mayor resistencia a la corriente eléctrica se produce en el punto del contacto cutáneo con el conductor, las quemaduras eléctricas generalmente afectan la piel y tejidos subcutáneos y pueden ser de cualquier tamaño y profundidad).

Condiciones de riesgo: En el entorno habitual, doméstico, profesional o natural, podemos observar múltiples factores de riesgo. Entre los domésticos, por citar algunos, encontramos los calefactores de agua caliente regulados demasiado alto, el descuido con cigarrillos encendidos, el fuego para cocinar, radiadores o estufas, enchufes en mal estado, cableado eléctrico inadecuado o defectuoso. Los factores de riesgo más frecuentes en el ámbito laboral suelen ser por exposición a sustancias químicas, electricidad o radiación; y los naturales abarcan principalmente al sol y a los rayos.⁽⁸⁶⁾

En función a lo mencionado, ahora bien, el envejecimiento normal coloca al paciente adulto mayor en pone en riesgo a éste tipo de lesión por la torpeza motora, posibilidad de una marcha insegura, fallas visuales, menor audición, disminución del tiempo de reacción, deterioro del grado de alerta y peor sensibilidad al dolor. Una vez lesionado el adulto mayor tiene más complicaciones ya sea por las quemaduras y por las afecciones médicas preexistentes que pueden estar presentes. A causa de estos problemas, las estrategias para evitar las quemaduras en ésta población son particularmente importantes.

“La lesión por quemadura supone el 8% de los accidentes en el adulto mayor. Se estima que el 81% de adultos mayores que sufren quemaduras, se produjeron en plena realización de sus actividades cotidianas y en su mayoría dentro del hogar, ya sea en la cocina, por llamas o por agua hervida, asimismo en menor proporción por manipulación de corriente eléctrica”.⁽⁸⁷⁾

Aunque la supervivencia por quemaduras está directamente relacionada con la superficie corporal total afectada que es más pronunciada mientras mayor sea la edad. En general las quemaduras que afectan más del 40% de la superficie corporal total en el adulto mayor tienen un pronóstico muy malo. Las razones de la mayor mortalidad son las enfermedades concomitantes, infecciones de la quemadura y fracaso multiorgánico. De los supervivientes de las quemaduras en personas de 59 años a más, menos de la mitad consiguen una vida independiente el resto ingresan a instituciones nosocomiales de acuerdo a la complejidad del caso.

Si bien es cierto el porcentaje de ocurrencia de quemaduras en éste grupo etárea no es aparentemente significativo, a su vez la importancia radica en las consecuencias que producirá dicho accidentes los que en conjunto irán en desmedro de la calidad de vida del adulto mayor, haciéndolo dependientes y los ubicaría en la categoría de frágiles e improductivos, trayendo alteración a nivel de las diversas esferas de la persona (biológico, psicológico y social

✓ INTOXICACIÓN

“Es la manifestación clínica (síntomas y signos) del daño o efecto nocivo resultante de la interacción de una sustancia con la de un organismo vivo. Las intoxicaciones son los accidentes más comunes en nuestro medio y más del 85% se dan en el hogar, puesto que son más de 500 sustancias tóxicas que llega haber en el hogar; y un 34% de intoxicaciones ocurre en la cocina. Sin embargo, prácticamente toda sustancia ingerida en grandes cantidades puede ser tóxica.”⁽⁸⁸⁾

Dentro de las causas de intoxicación se pueden mencionar a las siguientes:

- Accidental: por la manipulación o consumo de plantas venenosas
- Ambientales: por inhalación de gases tóxicos.
- Ocupacional: por la manipulación de productos químicos en el ámbito laboral.
- Error de administración: por la utilización inadecuada de insecticidas, plaguicidas.
- Automedicación: inadecuada administración de medicamentos.
- Almacenamiento inadecuado de medicamentos y venenos.
- Ingesta de bebidas alcohólicas en exceso y adulteradas.
- Ingesta de alimentos en fase de descomposición o vencidos.

Vías de Intoxicación

- Vía oral: representa el 74% de las intoxicaciones, se dan por el consumo o por la ingesta de sustancias como: medicamentos, sustancias cáusticas, alimentos descompuestos entre otros.
- Vía respiratoria: representa el 5% de las intoxicaciones, es la inhalación de gases tóxicos como: fungicidas, herbicidas, plaguicidas, insecticidas, el humo en caso de incendio, vapores químicos,

monóxido de carbono, dióxido de carbono, algunos productos domésticos (pegamento, pintura y limpiadores).

- Vía tópica: representa el 13 %de intoxicaciones, ocurren por absorción o contacto directo con sustancias tipo plaguicidas o herbicidas, etc.
- Vía parenteral: el tóxico ingresa a la circulación sanguínea a través de inoculación, que es el caso de las picaduras de animales que producen reacciones alérgicas como las abejas y mordedura de serpientes venenosas. Asimismo a través de inyección de medicamentos, por sobredosis, por equivocación de medicamentos o por reacción alérgica a un tipo específico medicamento.

Los síntomas de la intoxicación va depender del tipo de tóxico, la cantidad y la vía de administración, es así que tenemos a las siguientes manifestaciones:

- Gástricas: dolor y/o ulceración bucal, faringe, lingual, salivación exagerada, sequedad bucal, mal aliento (gasolina, alcohol), náuseas, vómitos, diarrea y dolor abdominal.
- Cerebrales: inestabilidad y vértigo, inconciencia, coma, convulsión delirio y alucinaciones.
- Oftálmicas: visión borrosa, miosis, midriasis.
- Aparato respiratorio: tos con expectoración, cianosis, disnea.
- Aparato cardiovascular: taquicardia, bradicardia, arritmia, hipotensión e hipertensión.
- Cutáneas: diaforesis.
- Renal: retención urinaria, poliuria.
- Auditivas: acufenos
- Musculares: parálisis paresias, etc.
- Térmicas: hipotermia, hipertermia.

Los síntomas de intoxicación son tan variados como las sustancias que la ocasionan. También, los síntomas son relativos a la persona. ⁽⁸⁹⁾

Ahora bien haciendo mención al grupo adulto mayor ; según diversos estudios de investigación realizados a nivel internacional como por ejemplo : Julio, PIOLA; Alberto SÁNCHEZ, investigan en el años 2000, "Intoxicaciones en adultos mayores atendidos Rosario-Argentina" , en el cual nos brinda información bastante completa sobre intoxicaciones en los adultos mayores, teniendo así los siguientes hallazgos luego de analizar los resultados de las 219 consultas tóxicas en mayores de 60 años realizadas en el servicio entre 1990 y 1994 *"considerando la distribución porcentual según: la Edad con un 42.01% de personas de 60 a 64 años, el Sexo con 54.79% de sexo femenino, la Motivación, de 44.7% Suicida, seguido de 10.61% Accidental, y un 9.09% por Error de medicación ;Presentación del tóxico, Líquidos fluidos 41.1% Cápsulas/comprimidos 29.22% , Tipo de tóxico No medicamento, 62.56%, Medicamento 35.62% ; Tipo de medicamento ,Total psicofármacos 61.54%,Mezcla de psicofármacos 14.1%; Tipo de no-medicamento Total plaguicidas 31,26%, Mezcla de medicamentos8.97%, Jabones y detergentes 7,30%, Grado de la sintomatología Ligeros 40.64%, Moderados 22.37y Ningún síntoma 26.48%".*⁽⁹⁰⁾

Si bien se observa un porcentaje alto de intoxicación por motivación suicida 44.7%, a su vez se aprecia que sucede accidentalmente en un 10.61% y finalmente un 9.09% por error de medicación. De los mencionados en los dos últimos se puede aplicar el criterio de prevención, en el que a su vez pueden intervenir los familiares.

Se puede apreciar en función a dicha afirmación que el hecho que un adulto mayor, consuma fármacos variados y numerosos, los va a predisponer de cierto modo a una intoxicación de tipo medicamentosa producto de una inadecuada administración.

PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE DEL ADULTO MAYOR

La OPS, define el *“estado de salud de las personas que envejecen, no en términos de déficit sino del mantenimiento de la capacidad funcional”*.⁽⁹¹⁾ Precisamente, considerar el número y calidad de los años que una persona de edad avanzada puede vivir sin discapacidad ha llevado el desarrollo de la expectativa de vida de vida autónoma. Así, el envejecer en forma saludable está dirigido a adaptarse a los cambios biopsicosociales, conservando la funcionalidad y la satisfacción personal, en cuya adaptación el propio interesado juegue un papel activo.

La OPS sostiene que los adultos mayores tiene su propio nivel de bienestar y lo define como el *“balance ente los entornos internos y externos y sus procesos emocionales, espirituales, sociales culturales y físicos que le permite estar en su nivel optimo de funcionamiento y lograr la existencia buena y satisfactoria”*.⁽⁹²⁾ En marco conceptual el nuevo paradigma del envejecimiento propone que depende de gran medida de la prevención de la enfermedades y de la discapacidad, del mantenimiento de una gran actividad física y de las funciones comitivas y de la participación constantes en actividades sociales y productivas. Asimismo, las perspectivas adoptadas por el programa mundial de la OMS sobre el envejecimiento presentan un modelo holístico relativo a la salud y al bienestar de las personas de edad que considera en el las siguientes características:

- ✓ Permanente interacción social
- ✓ Realizar actividades placenteras.
- ✓ Ajustarse a los roles familiares, sociales, recreativos, culturales educativos y laborales.
- ✓ Utilizar el tempo libre de la mejor manera posible.
- ✓ Mantenerse físico y mentalmente sano.
- ✓ Procurar un ingreso mensual para su sustento y así ser capaz de mantener su propio hogar.
- ✓ Mantener autonomía, independencia y dignidad de su ser.
- ✓ Alcanzar la autorrealización.

Los actores llamados a participar en la construcción de un envejecimiento saludable son el Estado, la sociedad, la familia y la persona durante las diversas etapas de su vida.⁽⁹³⁾

MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN ADULTO MAYOR

Prevención de Caídas

Partiendo de la premisa de que "las caídas se pueden prevenir", a continuación se darán recomendaciones y medidas de autocuidado para prevenirlas⁽⁹⁴⁾.

Medidas ante los cambios relacionados con la edad

- ✓ Mantenga los anteojos y audífonos (si se usan) siempre a la mano, limpios y en buen estado. Si requiere bastones y andadores deben de ser de tamaño adecuado, seguros, y el usuario debe saber la correcta forma de usarlos.
- ✓ Evite mirar directamente a las luces, como por ejemplo las de los autos, al atravesar la calzada.
- ✓ Tenga cuidado al adaptarse a las nuevas gafas bifocales o lentes ahumados, o una operación de ojos, por la posibilidad de caídas. Los nuevos lentes suplementarios pueden provocar desorientación espacial y mareos.
- ✓ Participe en un programa de ejercicios para reforzar y mantener la fuerza, flexión, resistencia, agilidad, tiempo de respuesta, equilibrio y la confianza. El caminar también es una actividad que mejora el equilibrio y la marcha.
- ✓ Realice, siempre que sea posible, las actividades de la vida diaria. El ambiente familiar debe proporcionar apoyo psicológico, seguridad y

confianza, y evitar la sobreprotección.

- ✓ Tenga una alimentación adecuada con un complemento nutricional de calcio (leche, queso, clara de huevo, yogurt, vitamina D, etc.); relacionado con la calcificación de los huesos. Los baños de sol también estimulan la producción de vitamina D, la cual a su vez estimula la absorción intestinal de calcio y su movilización a nivel óseo.
- ✓ Mantenga su peso ideal o el recomendado.
- ✓ Use vestidos cómodos y calzado o zapatilla adecuados, con suelas de goma antideslizante que le proporcionarán estabilidad.
- ✓ Asista a un control médico anual o cuando sea necesario para evaluar el área sensorial, cognitiva, neuromuscular, marcha y equilibrio. Así mismo, lleve un adecuado tratamiento de las enfermedades que conducen a las caídas como las de Parkinson, enfermedad vascular cerebral, artritis, neuropatías, enfermedades músculo-esqueléticas, cardiovasculares, vestibulares, sensoriales, problemas de los pies y demencias, entre otras.
- ✓ Evite cambios bruscos de posición de una postura sentada o acostada (al levantarse de la silla, de la cama). Evite también, mover la cabeza a los lados o hacia atrás bruscamente. Esto puede producir hipotensión y pérdida del equilibrio.
- ✓ Es muy importante que conozca la acción y los efectos adversos de diversos medicamentos potencialmente causantes de hipotensión y por ende predisponentes para las caídas, como los antihipertensivos, diuréticos, antidepresivos, etc.
- ✓ Evitar el consumo de alcohol excesivo porque altera la percepción espacial, contribuyendo a que se produzcan las caídas

Medidas en el medio ambiente

- En el domicilio
 - ✓ Al levantarse de la cama
 - ✓ Si está oscuro, encienda primero la luz, que debe estar a su alcance,

- y recién después levántese. Los interruptores deben ser accesibles.,
- ✓ No se levante rápidamente de la cama. Aprenda a levantarse progresivamente en tres tiempos; sentarse, poner los pies sobre el suelo y luego levantarse, para evitarla hipotensión postural.
 - ✓ Si usa orinal, que esté cerca de la cama, evite desplazamientos nocturnos a los servicios higiénicos.
 - ✓ Si hay alfombras, que estén fijadas al suelo.
 - ✓ Cuando se vista, evite colocarse los pantalones o zapatos estando de pie. Use zapatos cómodos, de tacón bajo, suela antideslizante (mejor de goma) y bien adaptados a sus pies.
 - ✓ Adecue la altura de su cama desde su rodilla al suelo. Lo más seguro es 45 cm, así se puede levantar sin problemas, y los bordes del colchón deben de ser lo bastante firmes, y no blandos, para dar apoyo a la persona sentada, sin riesgo a resbalar.
- En el baño
 - ✓ La taza del baño debe estar a una altura de 45cm. Si no es posible sobreelevarla con algún dispositivo, colocar asideros para sentarse y levantarse del inodoro. Papel higiénico al alcance de la mano e instale un sistema de alarma, como una campanilla.
 - ✓ Báñese de preferencia en ducha, de preferencia sentado en una silla de plástico con respaldar y con asidero (agarradera).
 - ✓ Coloque una superficie antideslizante o alfombrilla de goma en el baño o ducha. Igualmente, asideros (tanto transversales como horizontales) para ayudar a la movilización.
 - ✓ La puerta del baño debe ser de aproximadamente, 90 cm de ancho y abrir / hacia fuera para maniobrar mejor (especialmente, si se utiliza andador o bastones).
 - En la cocina
 - ✓ Mantenga siempre el suelo seco y limpio.
 - ✓ No maneje ollas pesadas.
 - ✓ Reorganice los utensilios de la cocina para evitar el agacharse o tener

que alzarse. Los armarios y utensilios deben ser de fácil acceso.

- ✓ Evite que haya objetos en el suelo que dificulten la movilidad.
- ✓ Coloque pisos antideslizantes en zonas de mayor riesgo: grifos, fregaderos, etc.
- ✓ Mantenga siempre la calma, aunque tenga mucho trabajo en la cocina.

- En el resto de la casa

Eliminar todos los factores de riesgos de escaleras y pasillos, tomando las siguientes medidas:

- ✓ Instale luces en rodapiés y zócalos.
- ✓ Mantenga adecuada iluminación (usando bombillas de 100 wats) cerca de los peldaños de la puerta y los pasillos.
- ✓ Coloque interruptores de forma que tengan fácil acceso (desde la puerta de entrada y al comienzo y final de las escaleras).
- ✓ Señale de colores fuertes (rojo, amarillo) los lugares de peligro, como tramos desnivelados, parte superior e inferior de las escaleras, etc.
- ✓ Coloque pasamanos a ambos lados de las escaleras.
- ✓ Evite las escaleras si tiene leve inestabilidad. Si las usa, utilícelas acompañado. No olvide que las escaleras son el lugar habitual de ocurrencia de caídas.
- ✓ Evite suelos muy lustrosos irregulares o mojados. Emplee superficies antideslizantes en el suelo, retire los niveles altos, mantenga las alfombras bien sujetas, evite las alfombrillas sueltas que se deslicen, usar sillas con apoyo para los brazos.
- ✓ Evite objetos pequeños, cables y juguetes en el suelo.
- ✓ Evite subir a una silla, taburete o escalera para cambios de bombillas de luz o coger objetos. Al inclinar la cabeza hacia atrás puede provocar un desequilibrio postural, pudiendo causar también vértigo o mareo debido a reducción del flujo sanguíneo cerebral.

- ✓ Coloque su tendal para secar la ropa a la altura de la cabeza.
 - ✓ Levántese o salga con calma cuando suene el teléfono y/o la puerta.
 - ✓ La iluminación, en general, de su casa debe ser adecuada para que no se deslumbré u originen sombras. Aumente la iluminación en áreas de riesgos, como escaleras, baños, dormitorios.
 - ✓ Trate de mantener las dimensiones adecuadas de pasillos y puertas, etc., siguiendo las normas arquitectónicas vigentes para adultos mayores y discapacitados e intentando que la disposición del mobiliario no obstaculice el paso.
 - ✓ Use tiradores o jaladores con mango en las puertas, en lugar de perillas.
 - ✓ Utilice sillones con brazos, de respaldo alto y que le permitan ponerse de pie sin esfuerzo. ⁽⁹⁵⁾
- Cuando sale a la calle
 - ✓ Evite salir cuando llueva, o pasar por lugares con agua o montículos en el suelo.
 - ✓ Cruce las veredas en el momento y lugar adecuado.
 - ✓ Si usa transporte público, hágalo despacio y agárrese bien de los pasamanos.
 - ✓ Evite frecuentar lugares muy congestionados.
 - ✓ Evite mirar directamente a las luces, como por ejemplo, las de los autos, al atravesar la calzada.

Prevención de quemaduras

- ✓ Colocar en lo posible protecciones alrededor de aquellos objetos que se encuentran calientes y que resultan accesibles necesariamente.
- ✓ Seleccionar y utilizar objetos provistos de elementos de agarre aislante (mangos, asas, etc.), en buen estado.
- ✓ Utilizar guantes o manoplas aislantes para mover objetos calientes o manipular dentro de un horno encendido.

- ✓ Evitar las salpicaduras, usando cubiertas o tapaderas mientras se cocinan los alimentos.
- ✓ Los mangos de sartenes, cacerolas y pucheros no deben sobresalir del mueble de cocina.
- ✓ Alejar a la población vulnerable (niños y adultos mayores) de la cocina y zona de planchar.
- ✓ Situar los objetos calientes o con llama viva fuera del alcance de la población vulnerable
- ✓ Impedir que los niños jueguen con cerillas y mecheros.
- ✓ Manipule con cuidado cohetes, petardos y cartuchos y no los deje al alcance de los niños.
- ✓ Manipule con cuidado las baterías de los coches, por contener ácido sulfúrico.
- ✓ Manipule con cuidado cualquier producto químico así como la sosa caústica o la cal viva.
- ✓ Utilizar bloqueador solar, antes de la exposición a rayos solares intensos. ⁽⁹⁶⁾

Prevención de quemaduras por Electrocutación

- ✓ No conectar aparatos eléctricos que se hayan mojado.
- ✓ Procurar no usar ni tocar aparatos eléctricos estando descalzo, aún cuando el suelo esté seco.
- ✓ No tener estufas eléctricas, tomas de corriente ni otros aparatos eléctricos al alcance de la mano en el cuarto de baño y a menos de 1 metro del borde de la bañera.
- ✓ Usar enchufes giratorios o de enclavamiento profundo para proteger a los niños.
- ✓ Ante cualquier reparación o manipulación de la instalación eléctrica desconectar el interruptor general situado normalmente en el cuadro general y asegurarse de la ausencia de tensión. Advertir a los demás acompañantes del riesgo para que no conecten mientras esté

trabajando.

- ✓ Tanto las clavijas como los enchufes deben disponer de un conductor de "puesta a tierra". Este conductor deberá llegar a las carcasas de todos los aparatos electrodomésticos que no lleven grabado el símbolo de doble aislamiento.
- ✓ Comprobar que las tuberías de agua (caliente y fría), desagües del baño, grifo, lavadero, etc., estén conectados entre sí y a tierra mediante un conductor. ⁽⁹⁷⁾

Prevención de intoxicaciones

Normas generales

- ✓ Guardar dichos productos en lugar seguro, fuera del alcance de la población vulnerable.
- ✓ Etiquetar debidamente los recipientes y a ser posible mantener los productos en sus envases originales. Presten cuidado a los envases que se parecen entre sí.
- ✓ Evite usar envases de productos alimenticios, o los utilizados para agua o bebidas refrescantes, para rellenarlos con contenidos tóxicos. Si llegan a usarse, trate de quitar la etiqueta original y no olvide colocar otra etiqueta que lo identifique correctamente.
- ✓ Seguir las instrucciones de uso del fabricante del producto.
- ✓ No almacenar conjuntamente distintos tipos de productos (alimenticios, tóxicos, etc.)

Normas específicas

- ✓ Medicamentos: No almacenarlos en las mesillas de noche. Guardarlos bajo llave.
- ✓ Productos de limpieza: No mezclarlos indiscriminadamente, especialmente en el caso de la lejía y el ácido muriático (se produce un fuerte desprendimiento de cloro, que es un gas tóxico). Igual ocurre con la mezcla de lejía y amoníaco.

- ✓ Insecticidas y productos de jardinería: No pulverizarlos sobre alimentos, personas o animales domésticos.
- ✓ No permanecer en habitaciones tratadas con insecticidas hasta transcurrido un tiempo prudencial.
- ✓ Pinturas, disolventes y adhesivos: Aplicar con buena ventilación; no lavarse con disolventes.
- ✓ No permanecer en las habitaciones recién pintadas o barnizadas hasta que desaparezca el olor del disolvente.
- ✓ Combustibles y productos de combustión: No situar calentadores a gas en cuartos de baño ni colocarlos mal ventilados.
- ✓ Las estufas y braseros no deben emplearse en locales sin ninguna ventilación.
- ✓ No mantener el coche en marcha en el interior de garajes pequeños y mal ventilados.
- ✓ Controlar la buena combustión de los braseros de carbón, cisco o picón.
- ✓ No emplear estufas o braseros en los dormitorios.
- ✓ Cerrar la llave del paso al finalizar la utilización del gas y siempre por la noche.
- ✓ Evitar las corrientes de aire sobre la llama que puedan apagarla.
- ✓ Vigilar los recipientes con líquidos sobre el fuego que, al hervir, rebosen apaguen la llama.
- ✓ Si percibe olor a gas no accione interruptores eléctricos ni encienda cerillas o mecheros: la chispa provocaría una gran explosión. ⁽⁹⁸⁾

EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ADULTO MAYOR

Puesto que es menester del profesional de enfermería velar por el cuidado integral de las personas en sus diversas etapas de vida, incluyendo periodos de salud enfermedad. Dado a que el envejecer no es algo

predeterminado el rol del enfermero(a) cobra mayor valor y sentido, por lo cual e su abordaje e interacción con el adulto mayor debe considerar diversos aspectos fundamentales tales como: la individualidad de la persona, las pérdidas sufridas, el progreso de disminución en el funcionamiento general, la capacidad de adaptación a todos estos cambios. Todas las actividades de enfermera deben estar orientadas a favorecer el establecimiento de estilos de vida saludables.

El profesional de enfermería en el ámbito gerontológico se encuentra en la capacidad de desarrollar uno o más de los siguientes roles: educación, cuidado o asistenta directa, asesoría, planificación y coordinación de servicios, así como también enseñanza y evaluación de aquellas personas que ejecutan esos roles o de los que se preparan para realizarlos. ⁽⁹⁹⁾

ENFERMERÍA PROMOVRIENDO EL AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR

En función a diversas teorías que se han dado sobre el autocuidado, podemos considerar en resumen que *“el autocuidado es asumir voluntariamente la responsabilidad sobre el cuidado de su propia salud”*. ⁽¹⁰⁰⁾

Según Coppard, el autocuidado comprende todas las acciones y decisiones que toma una persona dirigidas a mantener y mejorar la salud para prevenir, diagnosticar y tratar su enfermedad; y las decisiones de utilizar los sistemas de apoyo formales e informales de salud. Dorotea Orem, en su teoría de enfermería sobre el autocuidado, lo define como *“la práctica de actividades que una persona inicia y realiza por su propia voluntad para mantener la vida, la salud y el bienestar”* ⁽¹⁰¹⁾. Asimismo afirma que el autocuidado es una conducta que se aprende y surge de combinaciones de experiencias cognitivas y sociales. Ambos mencionados anteriormente, comparten el criterio de que una persona puede convertirse por sí misma, o con ayuda de otros, en su propio agente de autocuidado. Se consideran que se debe tener en cuenta las necesidades y potencialidades de las personas, considerándose las siguientes actividades primordiales:

- Promoción y fomento de la salud a través de la práctica de estilos de vida saludables.
- Prevención de la enfermedad a través del control y disminución de factores de riesgo.
- Mantenimiento y recuperación de la salud y rehabilitación.
- También incluye conductas de carácter social, afectivo, psicológico y otras, que promuevan la satisfacción de las necesidades básicas del hombre y mujer como ser holístico. ⁽¹⁰²⁾

En vista que el abordaje al adulto mayor requiere de un trabajo organizado y en equipo, como lo señala Busse cuando afirma que el autocuidado y la gerontología se basan en enfoques multidisciplinarios y que el equipo de salud, en razón de su preparación y responsabilidad profesional está llamado a convertirse en agente facilitador de ese proceso. El adulto mayor no solo debe ser un destinatario pasivo de los servicios de salud, sino que debe convertirse en un elemento participativo. Así lo afirmó Halfdan Mahler, ex director general de la OMS: “es necesario tener en cuenta que todo aumento significativo en el bienestar físico, mental, o social depende en gran medida de la determinación del individuo y de la comunidad de ocuparse de sí mismo” ⁽¹⁰³⁾. Así mismo, el autocuidado no es sólo una función de los profesionales sino que involucra al adulto mayor, a la familia, a los vecinos y a la comunidad en general. ⁽¹⁰⁴⁾

G. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

A continuación se presenta la definición de algunos términos a fin de facilitar su comprensión. Así tenemos:

RIESGOS A ACCIDENTES: Son las respuestas expresadas por el adulto mayor en relación a la predisposición a experimentar o presentar algún evento inesperado, derivado de las actividades que realiza en el ámbito intra y

extradomiciliario, las cuáles están dadas por caídas, quemaduras e intoxicaciones.

ACTIVIDADES DE RUTINA: Son las acciones que desarrolla el adulto mayor en función al nivel de complejidad, como las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) (alimentación, continencia, movilización, vestirse, asearse, hacer uso de los servicios higiénicos) y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) (comprar, capacidad para contestar el teléfono, preparación de comida, cuidado de la casa, lavado de ropa, utilización de medios de transporte, medicación, manejo de dinero).

ADULTO MAYOR: Es la persona de sexo masculino o femenino, de 60 años a más, orientados en tiempo espacio y persona, que no se encuentran institucionalizados.

USUARIO DEL CENTRO DE SALUD: Es la persona de sexo femenino o masculino, que haya sido atendido en cualquier servicio del Centro de Salud Conde de la Vega Baja, por lo menos una oportunidad.

CAPITULO II

MATERIAL Y MÉTODO

A. TIPO, NIVEL, MÉTODO

El presente estudio es de tipo cuantitativo, porque se le asigna un valor a la variable de estudio, nivel aplicativo, puesto que parte de la realidad para transformarla, método descriptivo de corte transversal, ya que permitirá obtener la información y presentarla tal y como se obtiene en un tiempo y espacio determinado.

B. ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Centro de Salud Conde de la Vega Baja (Red Lima Ciudad -DISA V Lima Ciudad); que es un establecimiento de salud de Primer Nivel de Atención, ubicado geográficamente en el distrito de Lima Cercado, en la margen izquierda del río Rímac, en el Jr. Conde de la vega Baja nº 488. Esta institución cuenta con 17 servicios en el área asistencial (Medicina General, Enfermería, Tópico, Control de Crecimiento y Desarrollo, Inmunizaciones, Odontología, Nutrición, Consultorio de Prevención y control de la Tuberculosis, etc) y 5 servicios en el área administrativa (Logística, Secretaría, Contabilidad, Estadística, Admisión), los cuales brindan atención de servicios de salud considerando las etapas de vida (niño, adolescente, adulto, adulto mayor). Los recursos humanos , que laboran en el Centro de Salud están distribuidos de la siguiente manera: 8 Médicos (5 medicina

General , 2 Radiólogos, 1 Ginecólogo) , 3 enfermeras, 1 nutricionista,1 técnica en nutrición, 2 psicólogos, 2 asistentes sociales , 3 odontólogos, 1Tecnólogo médico en laboratorio, 1 tecnólogo médico en radiología, 9 técnicos de enfermería, 15 personal administrativo , 3 mantenimiento y 1 vigilancia. El horario de atención del Centro de salud es de lunes a viernes de 8.00.a.m. a 7.00p.m.- y los sábados de 8.00.a.m. a 2.00p.m.

C. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo conformada por adultos mayores usuarios de los servicios del Centro de Salud Conde de la Vega Baja, en función a la estimación cuantitativa, el cual permitió obtener un promedio de 15 adultos mayores por mes, considerándose el número total de usuarios durante todo el año (180 adultos mayores, considerando la atención por primera vez).

La muestra fue seleccionada utilizando la fórmula estadística de proporciones para población finita con un nivel de confianza del 95% y un error relativo de 0.1, obteniéndose una muestra de 63 adultos mayores (Anexo B), la cual fue seleccionada por conveniencia (intencional), tomando en cuenta los criterios de inclusión.

Criterios de Inclusión

- Adultos mayores usuarios del Centro de Salud Conde de la Vega Baja, es decir, que hayan hecho uso de los servicios de salud por lo menos en una oportunidad.
- Adultos mayores en condición de independencia para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), es decir, cuyo estado funcional ,según el Índice de Katz se ubiquen en el índice A o B
- Adultos mayores en condición de independencia para realizar las instrumentales de la vida diaria (AIVD), es decir, cuyo estado funcional según la Escala de Lawton y Brody alcancen 7-8 puntos.

- Adultos mayores que acepten voluntariamente a participar en el estudio.

Criterios de Exclusión

- Adultos mayores asistentes al Centro de Salud Conde de la Vega Baja que presenten discapacidad física.

D. TÉCNICA E INSTRUMENTO

Para la recolección de datos se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento el formulario, el índice de Katz y Escala de Lawton y Brody, el cual consta de: presentación, instrucciones, datos generales y contenido propiamente que consta de 28 preguntas cerradas dicotómicas. (Anexo C). El mismo que fue sometido a juicio de expertos, considerándose para ello a 1 profesional médico que laboran en el área de geriatría, 2 profesionales de enfermería del área de geriatría y gerontología y 4 del área de Investigación; 1 en el área comunitaria, cuyas recomendaciones sirvieron para mejorar el instrumento. Los puntajes obtenidos fueron sometidos a la prueba binomial, obteniéndose un puntaje de 0.032 por tanto “p” es < 0.05 , siendo el grado de concordancia significativa (Anexo G). Posteriormente se realizó la prueba piloto para determinar la confiabilidad del instrumento, utilizándose para tal fin la prueba de Kuder Richardson, obteniéndose una confiabilidad de 0.88 (Anexo H).

El Índice de Katz (para determinar la capacidad funcional en base a la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (Anexo D) y la Escala de Lawton Brody (para determinar la capacidad funcional en base a la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), las cuales fueron validadas internacionalmente.

E. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para implementar el estudio se realizó el trámite administrativo respectivo, mediante un oficio dirigido al Director del Centro de Salud Conde de la Vega Baja, a fin de obtener la autorización para la aplicación del instrumento.

Los adultos mayores usuarios fueron captados en el servicio de triaje, los días lunes a sábado durante los meses de noviembre y diciembre del 2008, en el horario de 8:00 am a 2:00pm. Previamente se les aplicó dos instrumentos validados internacionalmente en el siguiente orden:

Primero: Índice de Katz, instrumento aplicado para evaluar el grado de independencia en la realización de actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Para efectos del estudio se consideró sólo a las personas que se ubicaron como independientes en el índice A o B, para continuar con las evaluaciones siguientes. Segundo: Escala de Lawton y Brody, instrumento aplicado para evaluar el grado de independencia en la realización de actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Si bien es cierto ésta escala nos brinda puntajes absolutos (suma del valor de todas las respuestas, oscila entre 0, que representa la máxima dependencia y 8 la independencia total) y a la vez extremos, se consideró sólo a las personas que son independientes con un puntaje de 7-8 en ésta escala. Tercero: Instrumento elaborado en el estudio, se aplicó este instrumento sólo a aquellas personas adultas mayores que cumplieron los criterios de inclusión mencionados anteriormente; es decir, aquellas se ubicaron como "independientes" en el índice A o B, según el Índice de Katz y en la Escala de Lawton y Brody," independientes" con puntaje de 7-8. Para la aplicación de los instrumentos mencionados se estimó un tiempo de 13 -15 minutos.

F. PROCESAMIENTO, PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Luego de recolectar los datos, éstos fueron procesados mediante el programa estadístico Excel, previa elaboración de una tabla de códigos y tabla matriz (Anexo I). Los resultados fueron presentados en tablas y/o gráficos estadísticos para su análisis e interpretación en función al marco teórico. Para la medición de la variable se asignó 1 punto a la respuesta correcta y 0 a la respuesta incorrecta, una vez tabulados se halló la media aritmética del puntaje total, considerando lo siguiente:

Para hallar riesgo a presentar caídas: total 18 puntos

- Presencia: mayor o igual a 9 puntos
- Ausencia: menor o igual a 8 puntos

Para el riesgo de presentar quemaduras: total 15 puntos

- Presencia: mayor o igual a 7 puntos
- Ausencia: menor o igual a 6 puntos

Para el riesgo de presentar intoxicaciones: total 8 puntos

- Presencia: mayor o igual a 4 puntos
- Ausencia: menor o igual a 3 puntos

G. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para realizar el presente estudio se consideró la autorización de la institución en la cuál se realizó el estudio y el consentimiento informado de las personas participantes. (Anexo P)

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Luego del procesamiento de datos, se organizaron los resultados en gráficos para facilitar su análisis e interpretación considerando el marco teórico.

DATOS GENERALES

En cuanto a los aspectos generales de los 63 (100.0%) adultos mayores, 34 (53.9%) son de sexo femenino y 29(46.0%) de sexo masculino, 26(41.2%) oscilan entre 60 y 70 años de edad y 37(58.7%) tienen más de 70años ; 36 (57.1%) son casados, 21(33.3%) son viudos y 4 (6.34%) son solteros; 1(1.5%)son convivientes ,1(1.5%) separado; 31(49.2%) tienen estudios de nivel primario ,17(26.9%) nivel secundario, 11(17.4%) analfabetos y 4(6.3%) nivel superior; 36(57.1%) se dedican a “su casa”, 20(31.7%) son jubilados y 7(11.1%) realizan trabajos eventuales. (Anexo J). Respecto a la ocurrencia de accidentes durante el último año, 39(61.9%) presentaron accidentes de los cuáles 20(51.2%) ocurrieron dentro del hogar (domésticos), y 19 (48.8%) en el ámbito extradomiciliario (accidentes laborales y/o de tránsito).En función a la ocurrencia de accidentes domésticos (intradomiciliarios) en el último año, se aprecia que 15(75.50%) presentaron por lo menos un episodio de caída, 3(15.00%) presentaron quemaduras y 2(10.0%) intoxicaciones. En relación a los accidentes extradomiciliarios ocurridos en el último año se evidencia que 13 (20.63%) presentaron caídas, 5(7.93%) sufrieron accidentes de tránsito y 1(1.58%) quemadura. (Anexo K)

Por lo expuesto se puede deducir que la mayor parte de adultos mayores son de sexo femenino, tienen más de 70 años, son casados, tienen grado de instrucción primaria, se dedican a su casa, presentaron accidentes domésticos en el último año, entre ellos caídas, quemaduras e intoxicaciones.

En cuanto al riesgo de experimentar accidentes domésticos se tiene que de 63 (100.0%) adultos mayores, 54 (85.80%) se encuentran con un riesgo "Presente" y 9(14.2%) evidencian un riesgo "Ausente". (Gráfico N° 1)

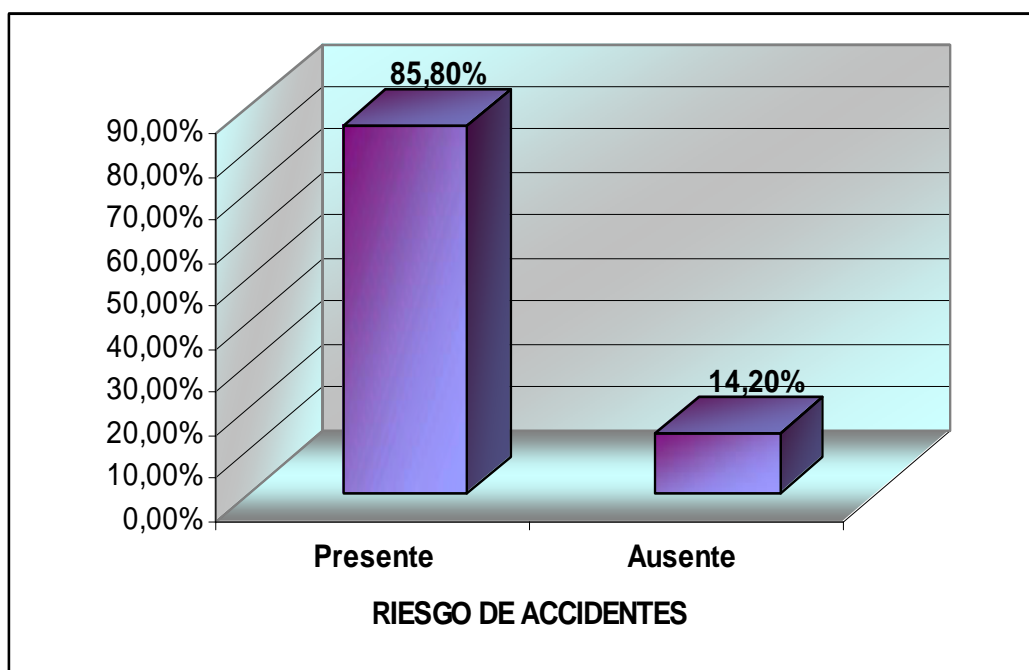
El proceso de envejecimiento trae consigo diversos cambios en el aspecto físico, psicológico y social, los cuales van generando deterioro y limitaciones funcionales en el adulto mayor y teniendo en cuenta que "los accidentes son la sexta causa de morbilidad en personas adultas mayores," ⁽¹⁰⁵⁾ de allí que es importante considerar la vulnerabilidad de este grupo etáreo. Si bien es cierto, todas las personas están expuestas a presentar accidentes, ya sean "*domésticos, laborales o de tránsito*" ⁽¹⁰⁶⁾, sin embargo el adulto mayor es el grupo etáreo que posee cierta predisposición de experimentarlo. Diversos estudios de investigación realizados sobre accidentes en éste grupo etáreo concluye en que existen Factores de Riesgo presentes que predisponen al adulto mayor a presentar accidentes fuera y más aún dentro del domicilio. ⁽¹⁰⁷⁾

Según el informe de la Fundación Mapfre, revela que el 12% de las personas mayores de 65 años en España, sufrieron algún tipo de accidente en casa durante el año 2008. ⁽¹⁰⁸⁾

Si bien es cierto no se puede tener el control de todos los factores que van a predisponer al adulto mayor a presentar accidentes en cambio son los factores extrínsecos, los que son más manejables en el aspecto de la prevención. Más aun si se encuentran en el ámbito intradomiciliario donde usualmente la persona adulta mayor suele pasar la mayor parte del tiempo, cabe señalar que ocurren accidentes en el hogar, o en sus alrededores,

GRÁFICO Nº 1

RIESGOS DE ACCIDENTES EN EL ADULTO MAYOR QUE REALIZA ACTIVIDADES DE RUTINA, USUARIOS DE LOS SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD CONDE DE LA VEGA BAJA- 2008 LIMA – PERÚ 2009



Fuente: Instrumento aplicado a los Adultos Mayores usuarios del C. S. "Conde de la Vega Baja"- 2008.

entendiéndose por hogar la vivienda propiamente dicha, el jardín, el patio, el garaje, vestíbulo, escaleras y acceso a pisos o habitaciones. Es así que tenemos a las barreras arquitectónicas en el hogar, tales como: La condiciones del hogar, como iluminación, existencia de barandales, alfombras o tapetes sueltos, seguridad en las bañeras, vías de tránsito, superficies resbalosas y escaleras, permite abordar un buen número de factores potenciales, igualmente debe considerarse el uso crónico de medicamento tanto los prescritos como los no prescritos.

Al respecto Pamela Crisóstomo, en Chile, el 2003, en un estudio sobre: "Factores que predisponen a los adultos mayores sufrir fracturas en el hogar" ⁽¹⁰⁹⁾ concluye que "Adultos de 75 y más años, de sexo femenino, con escasa escolaridad, dueñas de casa, con sobrepeso, patologías crónicas degenerativas, sin alteraciones previas en la marcha, con independencia total en actividades cotidianas y que viven en un ambiente de riesgo; conforman el perfil del sujeto vulnerable a fracturas en el domicilio". ⁽¹¹⁰⁾

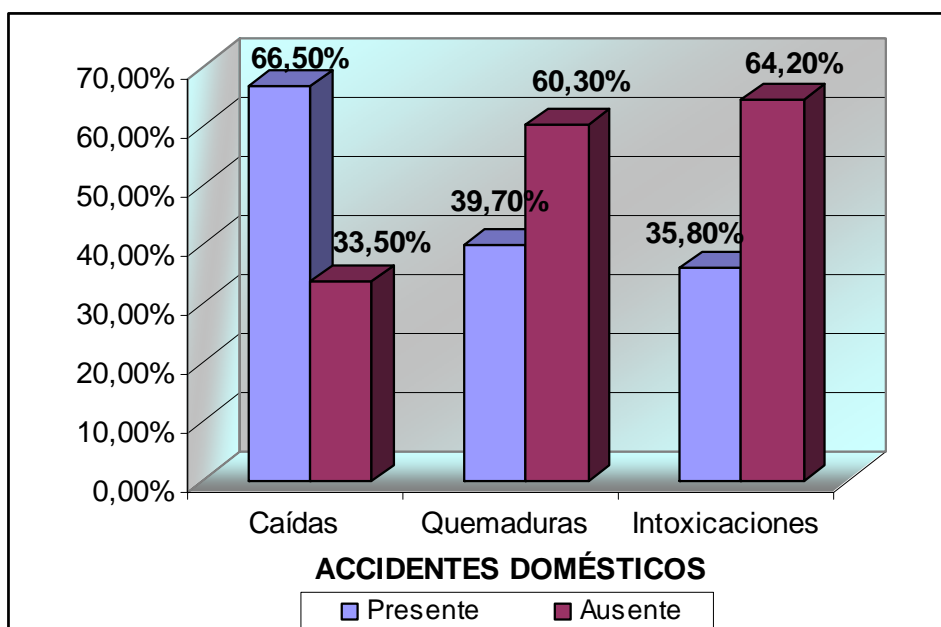
Por lo que se puede concluir que la mayoría de adultos mayores que realizan actividades de rutina, usuarios de los servicios del C. S. Conde de la Vega baja, tienen un riesgo presente de experimentar accidentes domésticos, el cual puede conllevarlo a complicaciones que alteran el proceso de envejecimiento y repercutir su calidad de vida.

En relación a los riesgos según tipo de accidente, considerando a cada accidente (caída, quemadura e intoxicación) como un 100.0%, se tiene que 42 (66.5%) se encuentran con riesgo de presentar caídas, 25(39.7%) quemaduras y 23(35.8%) intoxicaciones. (Gráfico N°2). Acerca de la ocurrencia de accidentes se tiene que 15(23.80%) experimentaron caídas, 3(4.76%) quemaduras y 2(3.17%) intoxicaciones, todo ello en el ámbito doméstico (intradomiciliario), mientras que 13 (20.63%) experimentaron caídas ,5(7.93%) accidentes de tránsito y 1(1.58%) quemadura, las cuales se produjeron fuera del domicilio. (Anexo L)

Acerca de los Factores Extrínsecos (Condiciones de la Vivienda, Actividades de Rutina) que predisponen a presentar accidentes domésticos, en el Adulto Mayor, en cuanto al riesgo a presentar accidentes en general está dado por que 12(19.04%) se encarga del cuidado de otras personas dependientes, el riesgo a caídas esta dado por 47(74.60%) tiene suelo irregular, mientras que 16(25.38%) tiene piso lustroso, 2(3.17%) posee alfombras o tapizones, 52(82.53%) utilizan escaleras, de las cuales 47(90.38%) no presentan ningún tipo de apoyo(pasamanos); 38(60.3%) no presenta iluminación adecuada, 43(60.26%) no presenta cercanía al

GRÁFICO Nº 2

RIESGOS SEGÚN TIPO DE ACCIDENTE, EN EL ADULTO MAYOR QUE REALIZA ACTIVIDADES DE RUTINA, USUARIOS DE LOS SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD CONDE DE LA VEGA BAJA- 2008 LIMA – PERÚ 2009



Fuente: Instrumento aplicado a los Adultos Mayores usuarios del C. S. "Conde de la Vega Baja"- 2008.

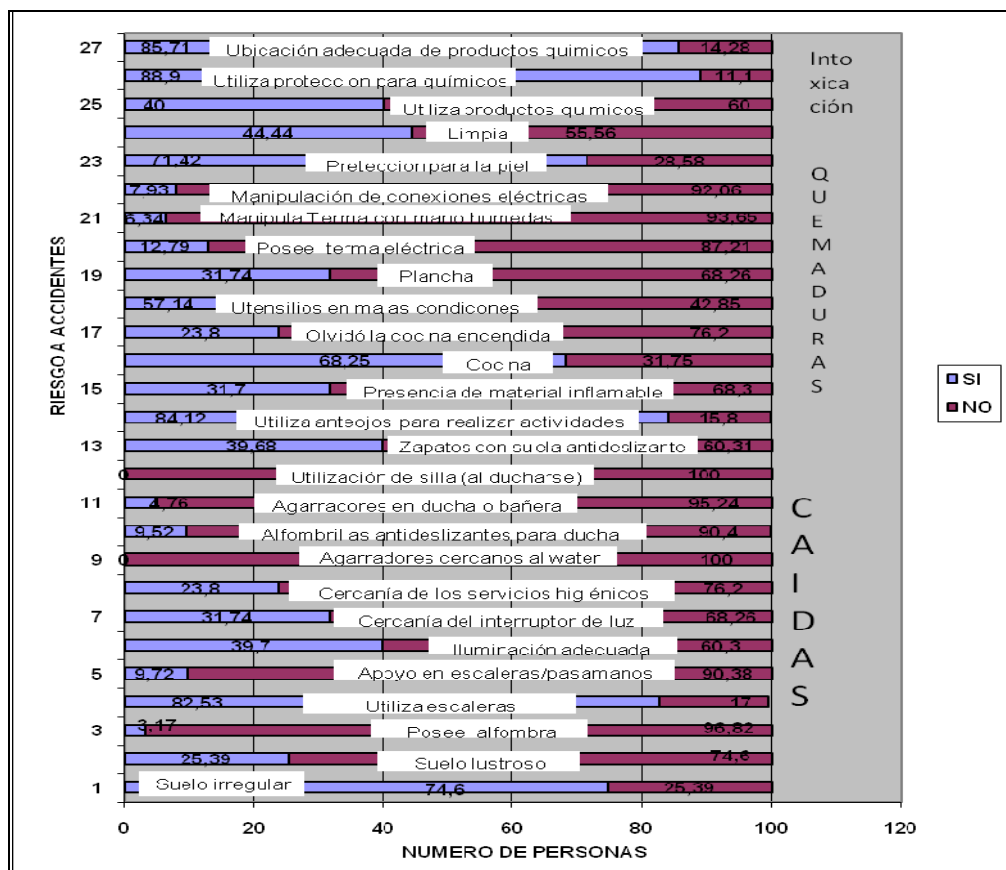
interruptor de la luz de su habitación, 48(76.2) poseen los servicios higiénicos alejados de sus habitaciones, ninguna persona (0%) posee agarradores cercanos al water, 57(90.4%) no poseen alfombrillas antideslizantes para salir de la ducha, 60(95.24) no poseen agarradores en la ducha o bañera, ninguna persona (0%) utiliza silla para bañarse, 38(60.31%) no posee calzado con suela antideslizante y 53(84.12%) utiliza accesorio para realizar las actividades de rutina tales como (anteojos) puesto a que presenta disminución de la agudeza visual. Asimismo el riesgo a quemaduras está dado por 20(31.7%) presenta cantidad considerable de material inflamable en

su casa, 43(68.25%) cocina (al menos una vez por semana), 48(76.2%) se olvidó la cocina encendida(al menos una vez en los últimos seis meses), 27(42.85%) poseen recipientes y/o utensilios de cocina en malas condiciones(tetera, ollas, sartén sin asas fijas, sin tapas, etc.), 20(31.74%) plancha (al menos una vez por semana), 8(12.79) posee terma eléctrica , de los cuales 5(62.5%) manipularon la terma con las manos húmedas o mojadas(lo que los predispone a sufrir quemaduras derivado de electrocución), 4(6.34%) manipularon conexiones eléctricas (por lo menos una vez en los últimos seis meses), 58(92.06%) no utiliza protección para la piel en días calurosos. Finalmente el riesgo a intoxicación esta dado por que 45(71.42%) limpia (al menos una vez por semana), de los cuales 20(44.44%) utilizan productos químicos tales como desinfectante, lejía ácido muriático, etc), de ellos 55(60.00%) no utilizan protección alguna (guantes y/o mascarilla); 7(11.1%) ubica los productos químicos en lugares inseguros, 9(14.28%) no conserva el frasco original y/o no rotula adecuadamente los productos químicos. (Gráfico N° 2.1).Anexo M.

En cuanto a las caídas representan un verdadero problema en la población adulta mayor, debido a su alta frecuencia y sus consecuencias físicas, psicológicas y sociales ; por ello , el conocimiento y comprensión de sus causas y evaluación son fundamentales para llevar a cabo estrategias preventivas y atención adecuadas. Al respecto la Organización Mundial de la Salud define al término caída como: *“la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad”*.⁽¹¹¹⁾ Aproximadamente un 30% a 50% de los adultos mayores de 65 años que son independientes y viven en su domicilio sufren cuando menos una caída cada año. La incidencia aumenta al 50% en mayores de 75 a 80 años, en los institucionalizados en cuidados prolongados, un 40% a 50% y en los hospitalizados entre el 20% a 25%.⁽¹¹²⁾

GRÁFICO Nº 2.1

FACTORES EXTRÍNSECOS (CONDICIONES DE LA VIVIENDA, ACTIVIDADES DE RUTINA) QUE PREDISPONE A PRESENTAR ACCIDENTES DOMÉSTICOS, EN EL ADULTO MAYOR, USUARIOS DE LOS SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD CONDE DE LA VEGA BAJA- 2008 LIMA – PERÚ 2009



Fuente: Instrumento aplicado a los Adultos Mayores usuarios del C.S. "Conde de la Vega Baja".- 2008.

Asimismo, "las quemaduras son lesiones de la piel y sus anexos y hasta de los músculos y tendones del organismo"⁽¹¹³⁾, que son producidas por agentes físicos químicos y biológicos en sus diversas formas. Y pueden

ser originadas por fuego, rayos del sol, sustancias químicas, líquidos u objetos calientes, vapor, electricidad y aún por otros factores que pueden generar desde problemas médicos leves hasta los que ponen en riesgo la vida, según la extensión y profundidad de la quemadura y más aún en el adulto mayor, puesto que sus mecanismos de defensa y afronte a este tipo de situación son menos eficaces. En cuanto a la intoxicación se define como *“la manifestación clínica (síntomas y signos) del daño o efecto nocivo resultante de la interacción de una sustancia con la de un organismo vivo. Las intoxicaciones son los accidentes más comunes en nuestro medio y más del 85% se dan en el hogar, puesto que son más de 500 sustancias tóxicas que llega haber en el hogar; y un 34% de intoxicaciones ocurre en la cocina”*.⁽¹¹⁴⁾

El informe de la Fundación Mapfre, revela que el 12% de las personas mayores de 65 años en España, sufrieron algún tipo de accidente en casa durante el año 2008. *“Los accidentes más comunes son las caídas, las intoxicaciones, las quemaduras, las electrocuciones y la asfixia. Todas estas causas dependen tanto de factores intrínsecos, relacionados con la persona mayor, como la reducción de las capacidades auditiva, visual y locomotora, ciertas enfermedades o el consumo de determinados fármacos, como de factores extrínsecos, o sea, aquellos que se dan en actividades de la vida diaria, como levantarse, cocinar o asearse.”*⁽¹¹⁵⁾

Por otro lado Pedro, Salinas; Reina, Rojas; en Venezuela el 2006, en el estudio sobre Accidentes domésticos en ancianos, concluye que: *“48% de todos los accidentes ocurrieron en el hogar. La morbilidad por estos es predominante en la probación infantil y en mayores de 65 años. Sin embargo, la mortalidad por esta causa es prevalente en ancianos. Se aprecia con mayor afectación el sexo femenino. Los accidentes domésticos más frecuentes en ancianos son caídas, heridas y quemaduras, afectando en orden porcentual extremidades superiores, cabeza y extremidades inferiores. El horario de mayor ocurrencia es el diurno”*.⁽¹¹⁶⁾

Mario, Comet; Ismael Ferrer; Herrera, María Rodríguez el 2005, en el estudio sobre: “Comportamiento de los accidentes en el hogar en los Adultos Mayores de un consultorio del Municipio de Camagüey “, evidenció que los accidentes predominantes el (57.9%), fueron las caídas, seguido de intoxicación accidental por ingestión de medicamentos u otras sustancias (15.9%), y quemaduras (8.7%).⁽¹¹⁷⁾

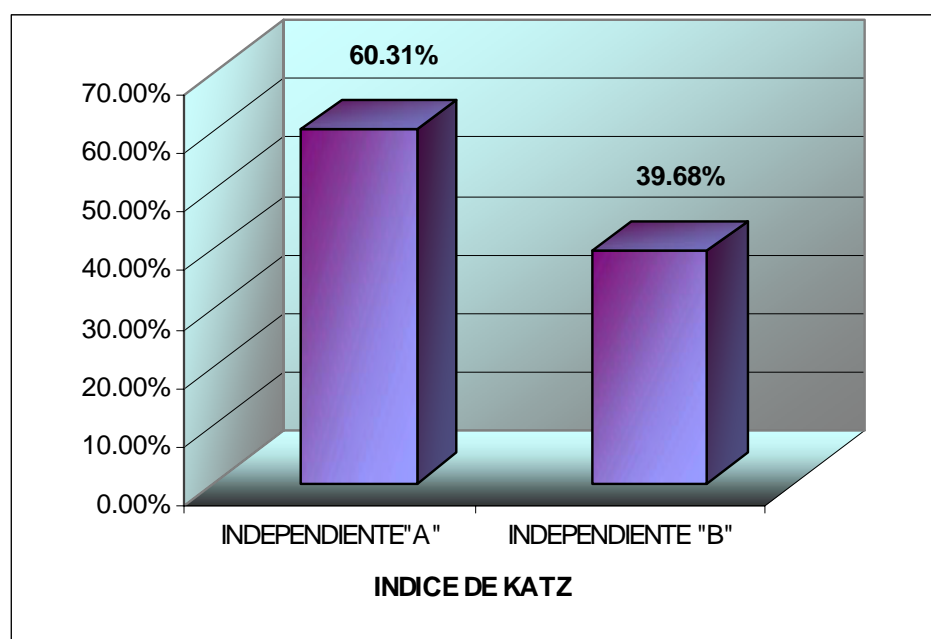
Por lo que se puede deducir que la mayoría de adultos mayores presentan riesgo a experimentar accidentes que está dado principalmente por las caídas, seguido de quemaduras e intoxicaciones, en función a los factores extrínsecos (condiciones de la vivienda, actividades de rutina) todo ello enmarcado en el ámbito doméstico, en la realización de actividades rutinarias. Dichos riesgos, se pueden convertir en situaciones inminentes si no se previenen lo que afectará la calidad de vida en el adulto mayor.

Acerca del grado de independencia en la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), según el índice de Katz, en los adultos mayores que realizan actividades de rutina, se tiene que de 63(100.0%), 38(60.31%) son independientes -“A” y 25(39.68%) son independientes - “B”. (Gráfico N° 3).

El índice de Katz es un instrumento que evalúa aspectos de las actividades básicas de la vida diaria, éste índice valora la capacidad para realizar el cuidado personal valorando independencia o dependencia en bañarse, vestirse, usar el retrete, trasladarse, mantener la continencia y alimentarse. Se clasifican en grupos de la A a la G, desde la máxima independencia hasta la máxima dependencia. Asimismo se considera independiente a una persona que no precisa ayuda o utiliza ayuda mecánica y dependiente a aquella que necesita ayuda de otra persona, incluyendo así la supervisión de la actividad.⁽¹¹⁸⁾

GRÁFICO Nº 3

**GRADO DE INDEPENDENCIA EN LA REALIZACIÓN DE LAS
ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD),
SEGÚN EL ÍNDICE DE KATZ, EN EL ADULTO
MAYOR QUE REALIZAN ACTIVIDADES DE
RUTINA, USUARIOS DE LOS SERVICIOS
DEL CENTRO DE SALUD CONDE
DE LA VEGA BAJA- 2008
LIMA – PERÚ
2009**



Fuente: Instrumento aplicado a los Adultos Mayores usuarios del C.S. "Conde de la Vega Baja".- 2008.

Se considera "Independiente en el índice A" a aquella persona adulta mayor que goza de autonomía para realizar todas las actividades (ABVD) tales como: (baño, vestido, uso del retrete, movilidad, continencia de esfínteres y alimentación). Asimismo se considera "Independiente en el índice B" al adulto mayor que realiza las actividades mencionadas anteriormente a

excepción de una en particular, que está dado por la incontinencia vesical parcial o total.

Por lo que se puede deducir que la mayoría de adultos mayores 38(60.31%), que se ubicaron en el Índice "A" son independientes para realizar todas las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y aquellos que se ubicaron en el Índice "B" 25 (39.68%), de igual manera se les considera Independientes, con la salvedad en una de las funciones mencionadas anteriormente. Se evidenció que todos los adultos mayores que se encuentran en el índice "B" presentaron incontinencia vesical ya sea total o parcial, lo cual puede traer consigo complicaciones que afecten su calidad de vida.

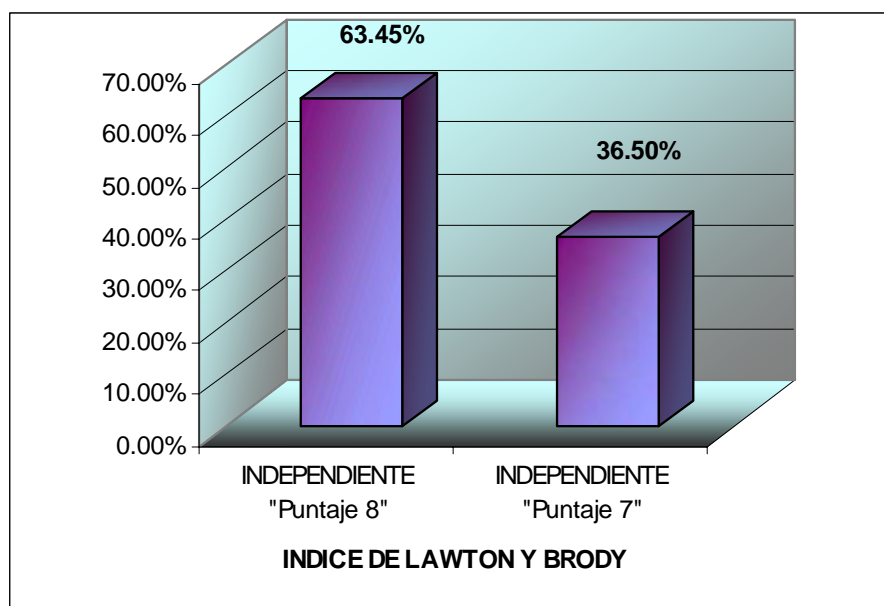
Respecto al grado de independencia en la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), según la Escala de Lawton y Brody en adultos mayores, usuarios de los servicios del Centro de Salud Conde de la vega Baja, se aprecia que de 63(100.0%), 40(63.45%) son independientes con puntaje de 8 y 23(36.50%) independientes con puntaje 7. (Gráfico N° 4).

La Escala de Lawton y Brody, permite valorar la capacidad funcional en la realización de actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), asignándole un valor numérico de 0 (dependiente) y 1(independiente), la puntuación final es la suma de todas las respuestas que oscila entre 0(máxima dependencia) y 8 (independencia total).

Aquellas personas que obtuvieron un puntaje de 8, que está representado por (63.45%), son independientes para realizar todas las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) tales como: utilizar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía.

GRÁFICO Nº 4

GRADO DE INDEPENDENCIA EN LA REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD), SEGÚN EL ÍNDICE DE LAWTON Y BRODY, EN EL ADULTO MAYOR QUE REALIZAN ACTIVIDADES DE RUTINA, USUARIOS DE LOS SERVICIOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD CONDE DE LA VEGA BAJA- 2008 LIMA – PERÚ 2009



Fuente: Instrumento aplicado a los Adultos Mayores usuarios del C.S. "Conde de la Vega Baja". -2008.

Dentro del porcentaje de personas adultas mayores que obtuvieron puntaje de 7, que está representado por (36.50%), en su mayoría, fueron de sexo masculino, los cuales no efectuaban compras con frecuencia ni preparaban sus alimentos personalmente, ya que les eran proporcionados para su consumo directo, es por ello que obtuvieron un puntaje inferior, a

pesar de que sí eran capaces, en teoría, de realizar las actividades mencionadas.

Al realizar el análisis en función a la base teórica, se puede apreciar que se la Organización Panamericana de la Salud (OPS), atribuye el término “*Persona Adulta Mayor Autovalente*” ⁽¹¹⁹⁾, a aquella persona capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Las primeras que hacen referencia a las actividades funcionales especiales para el autocuidado tales como: comer, vestirse, desplazarse aseoarse, bañarse, continencia. Seguidas de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) tales como : cocinar limpiar comprar , lavar , planchar , usar el teléfono, manejar medicación , manejar el dinero , realizar tareas o trabajos fuera de casa o salir fuera de la ciudad. “Considerando que el 65% de los adultos mayores que viven en la comunidad tiene esta condición” ⁽¹²⁰⁾

Por lo que se evidencia que la mayoría de adultos mayores son independientes para desarrollar actividades más complejas tales como las instrumentales de la vida diaria (AIVD) y por ende son autovalentes.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

A. CONCLUSIONES

Las conclusiones del estudio son:

- La mayoría de los adultos mayores usuarios del Centro de Salud Conde de la Vega tienen riesgos a accidentes “presente” y un mínimo porcentaje es “ausente”.
- En cuanto a los riesgos de accidentes según tipo, en el adulto mayor que realiza actividades de rutina, la mayoría presentan riesgo a experimentar accidentes tales como caídas, seguido de quemaduras e intoxicaciones. Asimismo los factores extrínsecos (condiciones de la vivienda, actividades de rutina) predispone a presentar accidentes domésticos en el adulto mayor, usuarios de los servicios del Centro de Salud Conde de la Vega Baja.
- Respecto al grado de independencia en la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), según el Índice de Katz en el adulto mayor que realiza actividades de rutina, usuarios del Centro de Salud Conde de la Vega Baja, se encuentra que la mayoría son “independientes”, en el índice A y un porcentaje considerable son

“independientes” en el índice B ya que presentan problemas de incontinencia vesical parcial o total.

- Acerca del grado de independencia en la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), según la Escala de Lawton y Brody, en el adulto mayor que realiza actividades de rutina, la mayoría de adultos mayores usuarios del Centro de Salud Conde de la Vega Baja, son “independientes”, con un puntaje de 8 y con un porcentaje considerable son “independientes” con un puntaje de 7, por lo que son autovalentes.

B. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones derivadas del estudio son:

- Que el profesional de enfermería que labora en el primer nivel de atención, diseñe espacios en los que se fortalezca la promoción de la salud y prevención de enfermedades, poniendo énfasis en los programas de educación para la salud dirigidas a la etapa de vida adulto mayor y familia, orientado a mejorar la calidad de vida.
- Realizar estudios de investigación en el área gerontológica a nivel multidisciplinario.
- Realizar estudios de investigación con enfoque cualitativo a fin de comprender la problemática del adulto mayor en cuanto a su calidad de vida y estilos de vida.

C. LIMITACIONES

La limitación derivada del estudio está dado porque:

- Los resultados obtenidos solo se pueden generalizar a la población que cumpla características similares a la del estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1)(55)(56)(57) MIMDES."Plan Nacional para las personas adultas mayores 2006-2010.Dirección de Personas Adultas Mayores. Lima Perú .2006

(2)(21)(22)(23)(24)(25)(26)(27)(54)(104) INEI "Perfil Sociodemográfico de la tercera Edad .Dirección técnica de Demografía y Estudios Sociales. Lima 1995.

(3)(83)(84)(85)(91) GARRET, C y LLORENTE, D. "Guía para auxiliares y cuidadores del anciano. Fundamentos y procedimientos: accidentes y caídas. Ed. Mc Graw Hill Interamericana. Madrid 2001.pp203-211.

http://www.fundacioninfosalud.org/anciano/GUIAS/an_g_definicion.htm

http://findarticles.com/p/articles/mi_m5AGH/is_1-4_15/ai_n18629679/pg_14

(4) VARELA, Luis; ORTIZ, Pedro; CHÁVEZ, Helver, "Características de los trabajos Científicos Nacionales en Geriatría y Gerontología 1980-2001".Perú. 2005

(5) MIMDES. "Situación Actual de las personas Adultas Mayores.Perú" .2002

(6) LAU, Norma "Significado y Práctica del Auto cuidado en Personas Adultas Mayores". Costa Rica 2000.

<http://www.gerontologia.uchile.cl/docs/cuidado.htm>

http://www.sld.cu/sistema_de_salud/metodologica/epidemiologia.html#ACCID

ENTES<http://ris.bvsalud.org/finals/CHI-3145.pdf>

(7)(74)(75)(76)(94) PIOLA, Julio; SÁNCHEZ Alberto, "Intoxicaciones en ancianos atendidos el Servicio de Toxicología del Sanatorio de Niños y Área Clínica Médica Personas Adultas Mayores"Argentina.1998-2000.

http://www.portalfitness.com/articulos/educacion_fisica/actividadfisica_adulto_mayor.htm.

(8)(61)(114)(115) FUNDACIÓN MAPFRE. " Estudio de Investigación sobre Seguridad en el Domicilio de personas Mayores".Madrid.2008.

<http://www.mapfre.com/fundacion/es/prevencion-ma.shtml>

http://www.conmayorcuidado.com/c07_evitarintoxicaciones.htm

(9)(95)(96)(113) CRISÓSTOMO, Pamela. "Factores que predisponen a los adultos mayores sufrir fracturas en el hogar. Servicio de Traumatología y Ortopedia Hospital Base Osorno",Chile 2003.

<http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2003/fmc932f/html/index-frames.html>

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872005001100016&script=sci_arttext

(10)(103)(111)(112) COMET, Mario; FERRER, Ismael; HERRERA, María "Comportamiento de los accidentes en el hogar en los Adultos Mayores de un consultorio del Municipio de Camagüey".Cuba2005.

(11) DE LA PUENTE, Carlos; "Caídas en Ancianos en el Club del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto – Iquitos" .2005.

(12) CASTRO, Jessica; "Caídas en Ancianos: "Características, Factores de Riesgo y Morbimortalidad" Lima 2001

(13) PALOMINO , Juan ; SANTIVÁÑEZ, Tania;, " prevención de caídas en el adulto mayor .Instituto Geriátrico Y Gerontológico de Hospital Central de la FAP . Centro del Adulto Mayor San Borja (EsSalud)"Lima.1999.

(14)(102) SALINAS, Pedro; ROJAS, Reina, "Accidentes domésticos en ancianos. Municipio libertador. Mérida 1993-1996, Venezuela. 2006.

http://www.puc.cl/sw_educ/enferm/ciclo/html/mayor/prevencion.htm

(15)VERA, Martha. "Significado de la Calidad de Vida del Adulto Mayor para sí mismo y para la Familia, Centro de Salud CLAS Laura Caller Iberico 2004-2007".Lima 2007.

(16) (78)(79)(80)MIMDES. "Manual de Información para Profesionales – Autocuidado de la Salud para el Adulto Mayor". Perú 2003

(17) (18) (19)(105)(106)(107)(108) MINSA. "Día Mundial de la Salud "Sigamos Activos para Envejecer Bien". Perú .1999.

(20)(33)(34)(35)(36)(37)(38)(109)RODRIGUEZ,Encinas."Geritaría".2ed.Ed Mc Graw Hill Interamericana. México .1999.

(28)(86)(87)(88)(110) ASST. AAB. HODGES. Enfermería Gerontológica .2ed. Mc Graw Hill Interamericana. Mexico.1998.

(29)(30)(31)(32)(89)BURKE. Mary: Enfermería Gerontológica: Cuidado Integral del adulto Mayor .2ed.Ed Haurcout Brace. España 1998.

(39)(40)(41)(42)(66)(67)(68)(117)ANZOLA, Elías - OPS .Enfermería Gerontológica: Conceptos para la Práctica. Ed PaltexOPS. Washington 1993.

(43)(44)(45)(46)(73)(116)KOZIER, Bárbara."Fundamentos de Enfermería: Conceptos, procesos y práctica.5ta ed.Ed Mc Graw Hill Interamericana. España.1999.

http://encolombia.com/pediatria_lesiones_intradomiciliarias.htm

(47)(48)(49)(119)(120)ANZOLA, Elías; PÉREZ, David; GALINSKY, Fernando; MARTINEZ, Aquiles. "La atención de los acianos; un desafío para los años novena. OPS. Publicación Científica 546.Washington.1999.pp156-158.

(50)(51)(52)(53)(118)ENGLER, MARTH, PELAEZ. "Más Vale por Viejo. Chile 1999"

(58) ESSALUD. "Manual de cuidados para el adulto mayor: ¿Qué hacer para evitar las caídas? Copyright.Lima.1999,pp 4.

(59)(92)(93)SANDOVAL, L; CAPUÑAY, J. "Caídas en el adulto mayor .Estudio de una serie de pacientes de consultorio externo de medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia (UPCH).Lima.1996.

(60)(69)(70)(71)(72)(99)SABISTON, J."Tratado de cirugía, fundamentos biológicos de la práctica médica".2da ed Vol 1 .Ed Edición. España 2002.pp553.

(61)(62)(63)(101) DIRECCIÓN GENERAL DE PREVISIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD (OGPPS). "El anciano en su casa; las caídas.5ta ed. Ed. Navarro y Tapia. Madrid 1999.pp 50-60

(64)(65)(81)(82)(97) ASESORÍA Y SERVICIOS DE ENFERMERÍA (ASENSA) /INSTITUTO Y DESARROLLO AUDA A LA VIDA (AYUVI). "El mundo del adulto mayor: Caídas; un riesgo que podemos evitar".Boletín (enero-marzo)Lima.2001.

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7516.pdf>

<http://www.terapiaocupacional.com/articulos/ancianosano.shtml>

(77)(90)(91)(100) FAMÒS, Joaquín."Guía de Promoción de Salud de las Personas Mayores .Colombia 1998".

BIBLIOGRAFÍA

- ANZOLA, Elías. - OPS .Enfermería Gerontológica: Conceptos para la Práctica. Ed. Paltex.OPS. Washington 1993.
- ANZOLA, Elías; PÉREZ, David; GALINSKY, Fernando; MARTINEZ, Aquiles. “La atención de los acianos; un desafío para los años novena. OPS. Publicación Científica 546.Washington.1999.pp156-158.
- ASST.AAB.HODGES. Enfermería Gerontológica 2ed. Mc Graw Hill Interamericana. Mexico.1998.
- ASESORÍA Y SERVICIOS DE ENFERMERÍA (ASENSA) /INSTITUTO Y DESARROLLO AUDA A LA VIDA (AYUVI). “El mundo del adulto mayor: Caídas; un riesgo que podemos evitar”.Boletín (enero-marzo) Lima.2001.

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7516.pdf>

<http://www.terapiaocupacional.com/articulos/ancianosano.shtml>

- BULLON ZEGARRA, Caterine.”Percepción del Adulto Mayor respecto a la muerte. Albergue Central Ignacia Rodolfo Viuda de Canevaro- Lima Octubre –Noviembre 2003
- BURKE. Mary: Enfermería Gerontológica: Cuidado Integral del adulto Mayor .2ed.Ed Haurcout Brace. España 1998.
- CASTRO , Jessica; “ Caídas en Ancianos : “Características, Factores de Riesgo y Morbimortalidad” Lima 2001
- COMET, Mario; FERRER, Ismael; HERRERA, María “Comportamiento de los accidentes en el hogar en los Adultos Mayores de un consultorio del Municipio de Camagüey”.Cuba2005.
- CRISÓSTOMO, Pamela. “Factores que predisponen a los adultos mayores sufrir fracturas en el hogar. Servicio de Traumatología y Ortopedia Hospital Base Osorno”,Chile 2003.

<http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2003/fmc932f/html/index-frames.html>

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S003498872005001100016&script=sci_arttext

- DE LA PUENTE, Carlos ; “ Caídas en Ancianos en el Club del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto – Iquitos” .2005
- DIRECCIÓN GENERAL DE PREVISIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD (OGPPS). “El anciano en su casa; las caídas.5ta ed.Ed.Navarro y Tapia.Madrid 1999.pp50-60
- ENGLER, MARTH ,PELAEZ. “Más Vale por Viejo.Chile 1999”
- ESSALUD. “Manual de cuidados para el adulto mayor: ¿Qué hacer para evitar las caídas? Copyright.Lima.1999, pp 4.
- FAMÒS, Joaquín.”Guía de Promoción de Salud de las Personas Mayores .Colombia 1998”.
- FUNDACIÓN MAPFRE. ” Estudio de Investigación sobre Seguridad en el Domicilio de personas Mayores”.Madrid.2008.

<http://www.mapfre.com/fundacion/es/prevencion-ma.shtml>

http://www.conmayorcuidado.com/c07_evitarintoxicaciones.htm

- GARRET, C y LLORENTE, D. “Guía para auxiliares y cuidadores del anciano.Fundamentos y procedimientos: accidentes y caídas.Ed.Mc Graw Hill Interamericana.Madrid 2001.pp203-211.

http://www.fundacioninfosalud.org/anciano/GUIAS/an_g_definicion.htm

http://findarticles.com/p/articles/mi_m5AGH/is_1-4_15/ai_n18629679/pg_14

- INEI “Perfil Sociodemográfico de la tercera Edad .Dirección técnica de Demografía y Estudios Sociales. Lima 1995.
- KOZIER, Bárbara.”Fundamentos de Enfermería: Conceptos, procesos y práctica.5ta ed.Ed Mc Graw Hill Interamericana. España.1999.
- LAU, Norma "Significado y Práctica del Auto cuidado en Personas Adultas Mayores". Costa Rica 2000.

<http://www.gerontologia.uchile.cl/docs/cuidado.htm>

http://www.sld.cu/sistema_de_salud/metodologica/epidemiologia.html#ACCID
[ENTESHhttp://ris.bvsalud.org/finals/CHI-3145.pdf](http://ris.bvsalud.org/finals/CHI-3145.pdf)

- MIMDES."Plan Nacional para las personas adultas mayores 2006-2010.Dirección de Personas Adultas Mayores. Lima Perú .2006
- MIMDES. "Manual de Información para Profesionales – Autocuidado de la Salud para el Adulto Mayor".Perú 2003
- MIMDES. "Situación Actual de las personas Adultas Mayores.Perú" .2002
- MINSA. "Día Mundial de la Salud "Sigamos Activos para Envejecer Bien". Perú .1999.
- PALOMINO , Juan ; SANTIVAÑEZ, Tania;, " prevención de caídas en el adulto mayor .Instituto Geriátrico Y Gerontológico de Hospital Central de la FAP . Centro del Adulto Mayor San Borja (EsSalud)"Lima.1999.
- PIOLA , Julio; SÁNCHEZ Alberto, "Intoxicaciones en ancianos atendidos el Servicio de Toxicología del Sanatorio de Niños y Área Clínica Médica Personas Adultas Mayores"Argentina.1998-2000.

http://www.portalfitness.com/articulos/educacion_fisica/actividadfisica_adulto_mayor.htm

- RODRIGUEZ, Rosalía; MORALES Juan."Geriatría".Ed Mc Graw Hill Interamericana.México.1999.
- RODRIGUEZ, Encinas. "Geritaría".2ed.Ed Mc Graw Hill Interamericana. México .1999.
- SABISTON, J."Tratado de cirugía, fundamentos biológicos de la práctica médica".2da ed Vol 1 .Ed Edition.España 2002.pp553.

http://encolombia.com/pediatria_lesiones_intradomiciliarias.htm

- SALINAS, Pedro; ROJAS, Reina, "Accidentes domésticos en ancianos. Municipio libertador. Mérida 1993-1996, Venezuela. 2006.

http://www.puc.cl/sw_educ/enferm/ciclo/html/mayor/prevencion.htm

- SANDOVAL, L; CAPUÑAY, J. “Caídas en el adulto mayor .Estudio de una serie de pacientes de consultorio externo de medicina del Hospital Nacional Cayetano Heredia (UPCH).Lima.1996.
- UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO. “Perfil del Adulto Mayor en la Provincia de Trujillo. Perú 2000 “
- VARELA, Luis; ORTIZ, Pedro; CHÁVEZ, Helver, “Características de los trabajos Científicos Nacionales en Geriátría y Gerontología 1980-2001”.Perú. 2005.
- VERA, Martha. “Significado de la Calidad de Vida del Adulto Mayor para sí mismo y para la Familia, Centro de Salud CLAS Laura Caller Iberico 2004-2007”.Lima 2007.

ANEXOS

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICION OPERACIONAL	VALOR FINAL
<p>Riesgos de accidentes en el adulto mayor que realiza actividades de rutina.</p>	<p>Adulto Mayor: Persona de sexo masculino o femenino, de 60 años a más.</p> <p>Actividades de Rutina: Las actividades de rutina son ciertas actividades que deben realizarse con regularidad y tiene que ver el bienestar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Condiciones de la vivienda 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Cantidad considerable de material inflamable (cartones, madera, plásticos, papeles)</i> ✓ <i>Características del suelo de la casa (irregular, lustroso,etc)</i> ✓ <i>Presencia de Alfombra</i> ✓ <i>Utilización de escaleras</i> ✓ <i>Presencia de apoyo en escaleras (pasamanos)</i> ✓ <i>Iluminación</i> ✓ <i>Cercanía del interruptor de luz</i> ✓ <i>Cercanía de servicios higiénicos</i> ✓ <i>Presencia de agarradores al costado del water</i> ✓ <i>Presencia de alfombrilla antideslizantes para salir de la ducha</i> ✓ <i>Presencia de agarradores en la ducha/bañera</i> ✓ <i>Utilización de silla para bañarse</i> ✓ <i>Presencia de terma</i> 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ausente ✓ Presente

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	DEFINICION OPERACIONAL	VALOR FINAL
		<ul style="list-style-type: none"> • Actividades de Rutina 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Cocina(al menos una vez por semana)</i> ✓ <i>Olvidó cocina encendida (al menos una vez en los últimos seis meses)</i> ✓ <i>Condiciones de recipientes y utensilios de cocina(ollas, tetera, sartén con asas y tapas fijas, en buenas condiciones)</i> ✓ <i>Plancha (al menos una vez por semana)</i> ✓ <i>Limpia (al menos una vez por semana)</i> ✓ <i>Utiliza productos químicos de limpieza(lejía , ácido muriático, desinfectantes,etc)</i> ✓ <i>Utiliza protección al manipular productos químicos(guantes, mascarilla)</i> ✓ <i>Adecuada ubicación de sustancias químicas</i> ✓ <i>Manipulación de conexiones eléctricas(al menos una vez en los últimos seis meses)</i> ✓ <i>Utiliza accesorios para realizar actividades de rutina.</i> ✓ <i>Zapatos con suela antideslizante.</i> ✓ <i>Protección de la piel en días calurosos</i> 		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ausente ✓ Presente

<p>11. ¿Su baño tiene agarradores, al costado del water?</p> <p>12. ¿Su ducha tiene alfombrillas de goma “pisos” antideslizantes, para utilizarlas al salir de ella?</p> <p>13. ¿Tiene agarradores en su ducha o bañera?</p> <p>14. ¿Ud, utiliza una silla para sentarse mientras se baña?</p> <p>15. ¿En su casa cuenta con terma eléctrica, para calentar el agua antes de bañarse?</p> <p>16. ¿Olvidó la cocina encendida (al menos una vez en los últimos seis meses)?</p> <p>Actividades de Rutina</p> <p>17. ¿Cocina Ud, con frecuencia?(al menos una vez por semana)</p> <p>18. Los recipientes que utiliza (ollas, teteras, sartén) en la cocina, ¿tienen asas y tapas fijas, en buen estado?</p> <p>19. ¿Usted plancha con frecuencia? (al menos una vez por semana)</p> <p>20. ¿Usted limpia la casa con frecuencia? (al menos una vez por semana)</p> <p>21. ¿Utiliza productos químicos de limpieza (desinfectantes, lejía, ácido muriático, insecticidas, entre otros?)</p> <p>22. ¿Utiliza algún tipo de protección para manipular éstos productos químicos (por ejemplo: guantes, mascarilla?)</p> <p>23. ¿Las sustancias químicas que tiene en casa, se encuentran en lugares alejados y seguros?</p> <p>24. ¿Las sustancias químicas se encuentran rotuladas y/o conservan su frasco original?</p> <p>25. ¿Ud., manipula conexiones eléctricas?(por lo menos 1 vez en los últimos 6 meses)</p> <p>26. ¿Utiliza Ud., algún accesorio para realizar sus actividades diarias?</p> <p>27. ¿Ud., utiliza zapatos con suela antideslizante?</p>			<ul style="list-style-type: none"> • Si la respuesta fue “sí” ¿Suele manipular la terma eléctrica con las manos húmedas? Si No • Si respondió que cocina. ¿Ud., utiliza algún tipo de protección para objetos calientes (por ejemplo manoplas, secador)? • Si respondió que “sí”, especifique dónde. • Si respondió que sí ¿Qué tipo de aparato utiliza? Anteojos Audífonos Bastón/(es) Muleta(s) • Si respondió que sí ¿Qué tipo de zapato utiliza con más frecuencia? Mocasines
--	--	--	---

<p>28. ¿Cuando Ud., sale de casa en días calurosos utiliza protección para su piel?</p>			<p>Zapatillas Tacones Sandalia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si la respuesta es sí. ¿De qué tipo? Se aplica bloqueador solar Utiliza gorro, vicera o sombrero Utiliza sombrilla Utiliza prendas que cubren toda la superficie de su piel(blusas, o camisas con mangas largas ,pantalones ,etc)
---	--	--	--

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO B

CALCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA

n = Tamaño de la Muestra

N = Tamaño de la Población (65 madres de familia)

z = 95% de Confianza = 1.96

p = Proporción de casos de la población que tienen las características que se desea estudiar: 50%=0.5

q = 1-p Proporción de individuos de la población que no tienen las características de interés:50%=0.5

i = Error relativo del 10%=0.1

FORMULA PARA TAMAÑO DE MUESTRA PARA POBLACION FINITA

$$n = \frac{Z^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{i^2(N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 180 \times 0.5 \times 0.5}{(0.1)^2(180-1) + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{172.8}{2.75}$$

$$n = \underline{62.83}$$

$$n = 63$$

El tamaño de muestra de la población(180)de adultos mayores usuarios de los servicios del centro de salud Conde de la Vega Baja es de 63adultos mayores.

ANEXO C

INSTRUMENTO

II. INTRODUCCIÓN

Buenos días Sr. (a), mi nombre es Anally Maita Rojas, estudiante de la Escuela Académico profesional de Enfermería de la UNMSM, en esta oportunidad estoy realizando un estudio de investigación, en coordinación con el Centro de Salud Conde de la Vega Baja, con el fin de obtener información sobre los riesgos de accidentes que tiene el adulto mayor en la realización de sus actividades de rutina. Para lo cual se le solicita su colaboración, contestando las preguntas en forma sincera y veraz, expresándole que es de carácter anónimo. Agradezco anticipadamente su participación.

III. INSTRUCCIONES

El presente formulario contiene una serie de preguntas por lo que se le recomienda que atentamente cada enunciado y luego manifieste la alternativa de respuesta que usted crea conveniente.

Datos Generales

Edad:

Sexo:

Estado Civil:

Grado de Instrucción:

Ocupación actual:

Persona que mantiene económicamente el hogar:

¿Ud., ha sufrido algún tipo de accidente en los últimos dos años?

- Si respondió que sí de que tipo fue: Caída Quemadura
Intoxicación De tránsito
- Si respondió que sí ¿dónde ocurrió?: Dentro de la casa
Fuera de la casa

ANEXO E

ESCALA DE LAWTON Y BRODY DE INDEPENDENCIA EN LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)

Aspecto a evaluar	Puntuación
Capacidad para usar el teléfono: - Utiliza el teléfono por iniciativa propia - Es capaz de marcar bien algunos números familiares - Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar - No es capaz de usar el teléfono	asignar: 1 1 1 0
Hacer compras: - Realiza todas las compras necesarias independientemente - Realiza independientemente pequeñas compras - Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra - Totalmente incapaz de comprar	asignar: 1 0 0 0
Preparación de la comida: - Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente - Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los	asignar: 1

ingredientes	0
- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
- Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
Cuidado de la casa:	asignar:
- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
- Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
- Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
- No participa en ninguna labor de la casa	0
Lavado de la ropa:	asignar:
- Lava por sí solo toda su ropa	1
- Lava por sí solo pequeñas prendas	1
- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
Uso de medios de transporte:	asignar:
- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1

- Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
- Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
- Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
- No viaja	0
Responsabilidad respecto a su medicación:	asignar:
- Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	1
- Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	0
- No es capaz de administrarse su medicación	0
Manejo de sus asuntos económicos:	asignar:
- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	1
- Incapaz de manejar dinero	0
Puntuación total:	

La información se obtendrá de un cuidador fidedigno. Se puntúa cada área conforme a la descripción que mejor se corresponda con el sujeto. Por tanto, cada área puntúa un máximo de **1 punto** y un mínimo de **0 puntos**. La máxima dependencia estaría marcada por la obtención de **0 puntos**, mientras que una suma de **8 puntos** expresaría una independencia total.

ANEXO D

ÍNDICE DE KATZ DE INDEPENDENCIA EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)

- A. Independiente en alimentación, continencia, movilidad, uso del retrete, vestirse y bañarse.
- B. Independiente para todas las funciones anteriores excepto una.
- C. Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional.
- D. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse y otra función adicional.
- E. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función adicional.
- F. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función adicional.
- G. Dependiente en las seis funciones.
- H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como **C**, **D**, **E** o **F**.

Independiente significa sin supervisión, dirección o ayuda personal activa, con las excepciones que se indican más abajo. Se basan en el estado actual y no en la capacidad de hacerlas. Se considera que un paciente que se niega a realizar una función no hace esa función, aunque se le considere capaz.

Bañarse (con esponja, ducha o bañera):

Independiente: necesita ayuda para lavarse una sola parte (como la espalda o una extremidad incapacitada) o se baña completamente sin ayuda.

Dependiente: necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo, para salir o entrar en la bañera, o no se lava solo.

Vestirse:

Independiente: coge la ropa solo, se la pone, se pone adornos y abrigos y usa cremalleras (se excluye el atarse los zapatos).

Dependiente: no se viste solo o permanece vestido parcialmente.

Usar el retrete:

Independiente: accede al retrete, entra y sale de él, se limpia los órganos excretores y se arregla la ropa (puede usar o no soportes mecánicos).

Dependiente: usa orinal o cuña o precisa ayuda para acceder al retrete y utilizarlo.

Movilidad:

Independiente: entra y sale de la cama y se sienta y levanta de la silla solo (puede usar o no soportes mecánicos).

Dependiente: precisa de ayuda para utilizar la cama y/o la silla; no realiza uno o más desplazamientos.

Continencia:

Independiente: control completo de micción y defecación.

Dependiente: incontinencia urinaria o fecal parcial o total.

Alimentación:

Independiente: lleva la comida desde el plato o su equivalente a la boca (se excluyen cortar la carne y untar la mantequilla o similar).

Dependiente: precisa ayuda para la acción de alimentarse, o necesita de alimentación enteral o parenteral.

El resultado se informa mediante la letra adecuada, por ejemplo: **Índice de Katz: C.**

ANEXO F

LIBRO DE CODIGOS

ITEM	SI	NO	TOTAL
1	1	0	1
2	1	0	1
3	1	0	1
4	1	0	1
5	1	0	1
6	1	0	1
7	1	0	1
8	0	1	1
9	0	1	1
10	1	0	1
11	0	1	1
12	0	1	1
13	0	1	1
14	0	1	1
15	1	0	1
16	1	0	1
17	1	0	1
18	0	1	1
19	1	0	1
20	1	0	1
21	1	0	1
22	0	1	1
23	0	1	1
24	0	1	1
25	1	0	1
26	1	0	1
27	0	1	1
28	0	1	1

ANEXO G

TABLA DE CONCORDANCIA-PRUEBA BINOMIAL

JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	NUMERO DE JUECES								Puntaje
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	1	1	1	1	1	0	0.004
4	1	1	1	1	1	1	0	0	0.035
5	1	0	1	1	1	1	1	0	0.035
6	1	1	1	1	1	0	1	1	0.035
7	1	1	0	1	1	1	1	0	0.145 *

* Se realizaron las sugerencias de los jueces de expertos antes de su aplicación

Si $p < 0.05$ la concordancia es **SIGNIFICATIVA**

Favorable = 1 (SI)
Desfavorable = 0 (NO)

P: 0.262 = 0.032

$p = < 0.05$ = Válido

ANEXO H

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

PRUEBA COEFICIENTE DE KUDER-RICHADSON

$$\frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k p_i \cdot q_i}{S_x^2} \right]$$

K : Numero de preguntas

S_x²: Varianza de la prueba X

P_i : Proporción de éxito; osea, la proporción donde se identifica la característica o atributo en estudio

Q_i : 1- p_i proporción donde se identifica el atributo.

$$\alpha = \frac{28}{27} \times \left[1 - \frac{6,04}{39,82} \right]$$

$$\alpha = 1.03 \times 0.849$$

$$\alpha = 0.880$$

$$\alpha = 88\% \text{ de CONFIABILIDAD}$$

ANEXO M

**FACTORES EXTRÍNSECOS (CONDICIONES DE LA VIVIENDA Y
ACTIVIDADES DE RUTINA) QUE PREDISPONE A PRESENTAR
ACCIDENTES DOMÉSTICOS EN EL ADULTO MAYOR,
USUARIOS DE LOS SERVICIOS DEL CENTRO
DE SALUD CONDE DE LA VEGA BAJA - 2008
LIMA – PERÚ
2009**

ITEM		SI		NO	
RIESGO A CAIDAS		Nº	%	Nº	%
1	Suelo irregular	47	74.6	16	25.39
2	Suelo lustroso	16	25.39	47	74.6
3	Presencia de alfombra	2	3.17	61	96.82
4	Utilización de escaleras	52	82.53	11	17
5	Presencia de apoyo en escaleras/pasamanos	16	9.72	47	90.38
6	Iluminación adecuada	25	39.7	38	60.3
7	Cercanía del interruptor de luz	20	31.74	43	60.26
8	Cercanía de los servicios higiénicos	15	23.8	48	72.6
9	Agarradores cercanos al water	0	0	63	100
10	Alfombrillas antideslizantes para ducha	6	9.52	57	90.4
11	Agarradores en ducha o bañera	3	4.76	60	95.24
12	Utilización de silla (al ducharse)	0	0	63	100
13	Zapatos con suela antideslizante	25	39.68	38	60.31
14	Utilización de accesorio para realizar actividades (anteojos)	53	84.12	10	15.8
ITEM		SI		NO	

RIESGO A QUEMADURAS		Nº	%	Nº	%
15	Presencia de cantidad considerable de material inflamable en casa	20	31.7	43	68.3
16	Cocina(al menos una vez por semana)	43	68.25	20	31.75
17	Olvido la cocina encendida (al menos una vez en los últimos seis meses)	15	23.8	48	72.6
18	Recipientes de cocina en buenas condiciones	36	57.14	27	42.85
19	Plancha(al menos una vez por semana)	20	31.74	43	60.26
20	Poseen de terma eléctrica	8	12.79	55	87.21
21	Manipulación de conexiones eléctricas	4	6.34	59	93.65
22	Protección para la piel en días calurosos	5	7.93	58	92.06
RIESGO A INTOXICACION		Nº	%	Nº	%
23	Limpia(al menos una vez por semana)	45	71.42	18	28.58
24	Utilización de productos químicos de limpieza	20	44.44	43	55.56
25	Protección para manipular productos químicos	8	40	55	60
26	Ubicación segura de productos químicos	56	88.9	7	11.1
27	Conservación de frasco original en prod.químicos y/o no rotula adecuadamente	54	85.71	9	14.28

ANEXO I
TABLA DE MATRIZ DE DATOS

Sujetos	ITEMS (PREGUNTAS)																													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	TOTAL	
1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	16
2	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	15
3	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	18
4	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	15
5	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	13
6	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	17
7	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	15
8	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	13
9	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	15
10	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	16
11	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	14
12	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	14
13	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	15
14	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	12
15	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	17

Sujetos	ITEMS (PREGUNTAS)																												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	TOTAL
16	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	16
17	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	14
18	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	14
19	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	16
20	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	15
21	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	17
22	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	15
23	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	11
24	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	14
25	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	14
26	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	13
27	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	13
28	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	15
29	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	15
30	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	16
31	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	12
32	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	14
33	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	14
34	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	15
35	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	16

Sujetos	ITEMS (PREGUNTAS)																													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	TOTAL	
36	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	16	
37	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	18	
38	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	16	
39	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	15	
40	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	16	
41	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	16	
42	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	16	
43	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	16	
44	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	15	
45	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	15	
46	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	15	
47	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	15
48	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	15
49	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	14	
50	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	16	
51	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	14	
52	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	15	
53	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	14	
54	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	16
55	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	18

Sujetos	ITEMS (PREGUNTAS)																													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	TOTAL	
56	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	14
57	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	12	
58	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	16	
59	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	13	
60	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	14	
61	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	14	
62	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	15	
63	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	15	
PUNTAJE	15	30	19	24	32	11	60	13	18	15	62	61	61	59	9	20	49	16	43	54	49	45	13	5	13	49	44	49	938	

ANEXO J

DATOS GENERALES DE LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD CONDE DE LA VEGA BAJA - 2008 LIMA – PERÚ 2009

DATOS GENERALES	Nº	%
Sexo		
• Femenino	34	53.96
• Masculino	29	46.03
Edad		
• 60- 70años	26	41.26
• 71 a más	37	58.73
Estado Civil		
• Casado(a)	36	57.14
• Viudo(a)	21	33.33
• Soltero	4	6.34
• Conviviente	1	1.58
• Separado	1	1.58
Grado de Instrucción		
• Primaria	31	49.20
• Secundaria	17	26.98
• Analfabeto	11	17.46
• Superior	4	6.34

Fuente: Instrumento aplicado a los Adultos Mayores usuarios del C.S. "Conde de la Vega Baja".2008.

ANEXO J

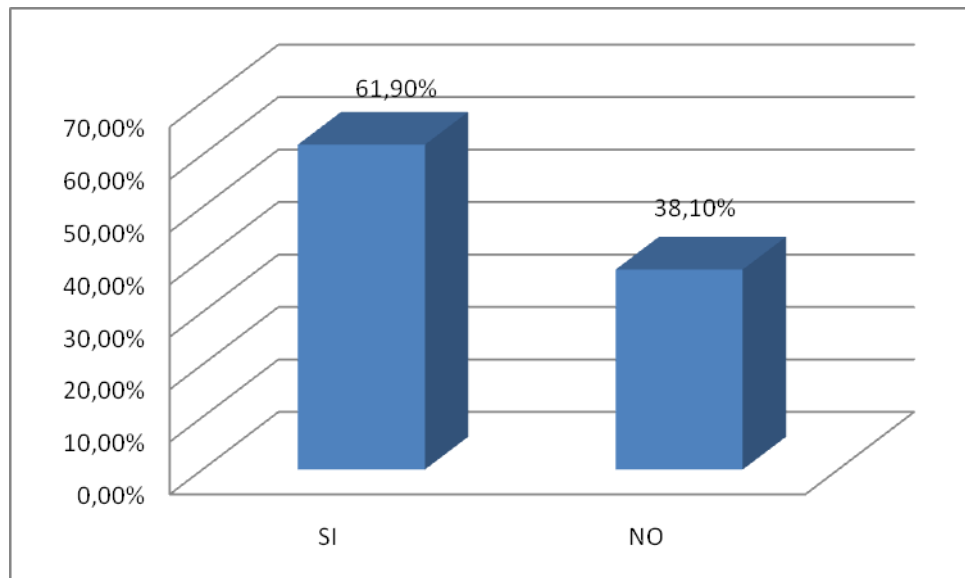
DATOS GENERALES DE LOS ADULTOS MAYORES USUARIOS DEL
CENTRO DE SALUD CONDE DE LA VEGA BAJA - 2008
LIMA – PERÚ
2009

DATOS GENERALES	Nº	%
Ocupación Actual		
• Su casa	36	57.14
• Jubilado	20	31.74
• Trabajos Eventuales	7	11.11
Persona que Mantiene Económicamente el Hogar		
• Algún Familiar	26	41.26
• Algún Familiar y el(ella)mismo(a)	21	33.33
• Sólo Él o Ella mismo(a)	16	25.39

Fuente: Instrumento aplicado a los Adultos Mayores usuarios del C.S. "Conde de la Vega Baja".2008.

ANEXO K

**OCURRENCIA DE ACCIDENTES EN EL ÚLTIMO AÑO EN EL ADULTO
MAYOR QUE REALIZA ACTIVIDADES DE RUTINA, USUARIOS
DE LOS SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD
CONDE DE LA VEGA BAJA - 2008
LIMA – PERÚ
2009**



OCURRENCIA DE ACCIDENTES	Nº	%
SI	39	61,90%
NO	24	38,10%
TOTAL	63	100,00%

Fuente: Instrumento aplicado a los Adultos Mayores usuarios del C.S. "Conde de la Vega Baja".2008.

ANEXO L

**OCURRENCIA DE ACCIDENTES SEGÚN TIPO, EN EL ADULTO MAYOR
QUE REALIZA ACTIVIDADES DE RUTINA, USUARIOS DE LOS SERVICIOS
DEL CENTRO DE SALUD CONDE DE LA VEGA BAJA - 2008
LIMA – PERÚ
2009**

OCURRENCIA DE ACCIDENTES	Nº	%
Domésticos (Intradomiciliario)		
• Caídas	15	75.00
• Quemaduras	3	15.00
• Intoxicaciones	2	10.00
(Extradomiciliario: trabajo, tránsito)		
• Caídas	13	68.40
• Tránsito	5	26.30
• Quemadura	1	5.20

Fuente: Instrumento aplicado a los Adultos Mayores usuarios del C.S. "Conde de la Vega Baja". 2008.

ANEXO N
DISTRIBUCIÓN SEGÚN UBICACIÓN EL ÍNDICE DE KATZ, EN EL
ADULTO MAYOR, USUARIOS DE LOS SERVICIOS DEL
CENTRO DE SALUD CONDE DE LA VEGA BAJA- 2008
LIMA – PERÚ
2009

INDEPENDENCIA	Nº	%
• ÍNDICE A	38	60.31
• ÍNDICE B	25	39.68

Fuente: Instrumento aplicado a los Adultos Mayores usuarios del C.S. “Conde de la Vega Baja”.2008.

ANEXO O
DISTRIBUCIÓN SEGÚN PUNTAJE OBTENIDO EN LA ESCALA DE
LAWTON Y BRODY, EN EL ADULTO MAYOR, USUARIOS DE
LOS SERVICIOS DEL CENTRO DE SALUD
CONDE DE LA VEGA BAJA- 2008
LIMA – PERÚ
2009

INDEPENDENCIA	Nº	%
• 8 PUNTOS	40	63.45
• 7 PUNTOS	23	36.50

Fuente: Instrumento aplicado a los Adultos Mayores usuarios del C.S. “Conde de la Vega Baja”.2008.

ANEXO P
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo....., en pleno uso de mis facultades mentales, consiento por el presente, se me realice la Entrevista y reconozco participar en el proyecto de investigación “Riesgos de Accidentes en el Adulto Mayor que Realiza Actividades de Rutina, usuarios de los servicios del centro de Salud Conde de la vega Baja”.

Se me ha explicado la naturaleza y el objetivo del presente estudio, afirmo que estoy satisfecho(a) con las explicaciones y las he comprendido.

Limadede 2008

Firma del Participante.....

DNI:.....