



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES

CENTRO DE CIENCIAS BIOMEDICAS

ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

TITULO DE LA TESIS

NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL ADULTO MAYOR SOBRE LA PREVENCIÓN DE CAÍDAS, UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA PROMOTORA DE LA PARTICIPACIÓN BASADA EN EL APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO EN LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. JUAN CARLOS MARTINEZ CAMPOS

ASESOR: DRA. ROSA MARIA CALDERON LIMON

LUGAR DE PRESENTACION: AGUASCALIENTES, AGS.

FECHA: ENERO DEL 2009



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES

CENTRO DE CIENCIAS BIOMEDICAS

ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

TITULO DE LA TESIS

NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL ADULTO MAYOR SOBRE LA PREVENCION DE CAIDAS, UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA PROMOTORA DE LA PARTICIPACION BASADA EN EL APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. JUAN CARLOS MARTINEZ CAMPOS R3MF

DIRIGIDO POR LA DRA. ROSA MARIA CALDERON LIMON

SINODALES:

FIRMAS

PRESIDENTE _____

SECRETARIO _____

PRIMER VOCAL _____

SEGUNDO VOCAL _____

TERCER VOCAL _____

NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR

NOMBRE Y FIRMA

DE POSTGRADO UAA

DEL COORDINADOR

DE INVESTIGACION

DR. JOSE MANUEL MARTINEZ C.

DR LUIS MIGUEL MENDEZ S.

Aguascalientes, Ags. Enero del 2009.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL EN AGUASCALIENTES
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD**

AGUASCALIENTES, AGS. 29 DE FEBRERO DEL 2008.

Al: DR. LUIS MIGUEL MÉNDEZ SÁNCHEZ
COORDINADOR DELEGACIONAL
DE EDUCACION MÉDICA

De: DRA. ROSA MARÍA CALDERÓN LIMÓN
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 7 AGS.

ASUNTO:

Por medio de este conducto le informo que la Dr. Juan Carlos Martínez Campos Residente del Tercer Año de Medicina Familiar y cuyo proyecto de tesis es **“NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL ADULTO MAYOR SOBRE LA PREVENCIÓN DE CAIDAS, UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA PROMOTORA DE LA PARTICIPACIÓN BASADA EN EL APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO”** se ha concluido satisfactoriamente, quedando pendiente su titulación, la cual depende de los tiempos y formas establecidas por la normatividad de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Sin más por el momento y quedando a sus ordenes para cualquier aclaración.

ATTE:

DRA. ROSA MARÍA CALDERÓN LIMÓN
Especialista en Medicina Familiar

c.c.p. Dr. José Manuel Martínez Cañchola. Coordinador de la Residencia en Medicina Familiar en Ags.
c.c.p. Dr. José de Jesús Valdivia Martínez. Coordinador Delegacional de Investigación en Salud

AGRADECIMIENTOS

-A Dios: Por darme salud, fortaleza y paciencia para poder sacar adelante la especialidad, además de darme la oportunidad de conocer a grandes personas con las cuáles he compartido una de las mejores etapas de mi vida.

-Al Dr. Agustín Cruz Zavala, Médico Familiar, quien con sus consejos y orientaciones me ha ayudado a tratar de estructurar y preparar de la manera más adecuada ésta tesis de postgrado.

-A mi asesora la Dra. Rosa María Calderón Limón, la cuál desde el inicio de la especialidad me ha brindado confianza, con sus consejos, orientaciones y disciplina ha forjado en mí una nueva visión hacia el futuro para ser un mejor médico y continuar superándome día a día.

-A mi esposa y su familia: quienes con su apoyo incondicional me han ayudado a superar los malos momentos en éste período de la especialidad y que me alientan a ver la vida con mucho más felicidad.

-A la Licenciada Chayito, a las Trabajadoras Sociales de la UMF # 7 y a todos y cada una de las personas adultos mayores que participaron en éste proyecto para concluir de manera favorable éste trabajo.

-A mi hijo Carlos Andrés, por haber llegado en un momento especial a mi vida, por ser una de mis razones de existir, y al que espero dar un buen ejemplo como hombre de bien para que logre todas sus metas durante su paso por esta vida.

DEDICATORIAS

A MI PADRE SR. FIDEL MARTINEZ HERRERA (+)

Quién desde el cielo ahora cuida mis pasos, por sus consejos y orientaciones las cuales han forjado en mí a un hombre seguro, con ganas de seguir triunfando y preparándome día con día para ser un médico que pueda seguir atendiendo con calidad y calidez a la gente que me necesite sin necesariamente pedir algo a cambio.

A MI ABUELO SR. ADOLFO MANUEL CAMPOS Y CASTILLA (+)

Quién al igual que mi padre vigila desde el cielo mi caminar por esta vida, por su siempre cálido y sabio consejo que me ha orientado a siempre seguir ayudando a la gente necesitada y a ser siempre honesto y humilde tanto conmigo como con la gente que me rodea.

A MI MADRE SRA. MARIA IRMA CAMPOS VIUDA DE MARTINEZ

Por darme la vida, por darme fuerza en momentos difíciles, por su ejemplo de tenacidad para forjar en mí a un hombre de bien con ganas de seguir triunfando en la vida.

A MI ESPOSA SRA. VERONICA ZERMEÑO ORTIZ

Por su amor, cariño y comprensión en todo momento, y quién desde que llego a mi vida ha sido para mejorar día con día enfrentando con valor, honestidad y humildad todos los retos que se me han presentado no solo en estos seis meses sino desde que nos conocemos y a quien no cambiaría por nada de éste mundo, a Dios agradezco por haberla enviado a mi vida.

RESUMEN

AUTORES: Martínez JC Médico Residente de Tercer Año de la Especialidad de Medicina Familiar de la Delegación IMSS Aguascalientes.

TITULO: Nivel de Conocimientos del adulto mayor sobre la prevención de caídas, una estrategia promotora de la participación basada en el aprendizaje significativo

INTRODUCCION: Uno de los problemas que enfrenta la población adulta mayor es la alta incidencia de caídas representando un problema importante de salud pública. El Instituto Mexicano del Seguro Social(IMSS) cuenta con el programa de atención al adulto mayor donde se encuentra la prevención de caídas basado en un modelo educativo tradicional sin obtener los resultados esperados para disminuir la incidencia de caídas, se debe replantear su modelo de enseñanza hacia una estrategia educativa participativa basada en el aprendizaje significativo. Es decir, falta aún mayor conocimiento del adulto mayor sobre como prevenir una caída.

OBJETIVO: Medir el nivel de conocimientos del adulto mayor sobre la prevención de caídas, antes y después de la aplicación de una estrategia educativa promotora de la participación basada en el aprendizaje significativo

MATERIAL Y METODOS: Estudio cuasiexperimental del tipo antes y después, se aplicó a 2 grupos naturales de personas mayores de 60 años de la Unidad de Medicina Familiar No. 7 de la Delegación IMSS Aguascalientes. A un grupo se le aplicó un modelo de enseñanza tradicional y al otro una estrategia promotora de la participación basada en el aprendizaje significativo utilizando técnicas educativas del tipo de la discusión en pequeños grupos, la recolección de datos se hizo a través de un cuestionario autoadministrado a ambos grupos antes y después de la aplicación de las estrategias observando si existía diferencia significativa en el nivel de conocimiento del adulto mayor El análisis estadístico fue por medio del programa EPIDAT 3.5, EPI INFO 6 Y SPSS 2.

RESULTADOS: El grupo al que se le aplicó la estrategia tradicional presenta una variación del nivel de conocimiento de regular a muy bueno con una X_2 de 27.0 y una P de 0.00, en tanto que el grupo al que se le aplicó la estrategia educativa presenta una diferencia estadística significativa pasando el nivel de conocimiento de regular a excelente con X_2 de 18.09 y una P de 0.0012

DISCUSION: La evaluación por indicadores tuvo una diferencia estadísticamente significativa en el grupo experimental en tanto que no se presentó tal diferencia en el grupo de la estrategia tradicional.

CONCLUSION: El nivel de conocimiento del adulto mayor sobre la prevención de caídas después de la aplicación de una estrategia educativa participativa fue mayor al 30% con respecto a la estrategia tradicional.

PALABRAS CLAVE: CAIDA, ADULTO MAYOR, APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO



SUMMARY

AUTHORS: JC Martinez Medical Resident third year of the Specialty of Family Medicine of Delegation IMSS Aguascalientes

TITLE: Level of knowledge of the elderly on preventing falls, a promoter of educational strategy based on the significant learning.

INTRODUCTION: One of the problems facing the older population is the high incidence of falls, accounting for a public health problem. The Mexican Social Security Institute (IMSS) in their care program for the elderly has fallen away from that, based on a traditional model of education has not yielded the expected results in reducing the incidence of these, should rethink the educational model is namely, lack of knowledge of the elderly on how to prevent a fall.

OBJECTIVE: To measure the level of knowledge of the elderly on the prevention of falls, before and after the implementation of an educational strategy promoting participation based on the significant learning

MATERIAL AND METHODS: A quasi-experimental study before and after the 2 groups was applied to natural persons over 60 years of Family Medicine Unit No. 7 of the Delegation IMSS Aguascalientes. One group had been given a traditional education model and the other an advocate of using the educational techniques of the type of discussion in small groups, data collection was done through a questionnaire to both groups before and after strategies for observing whether there was significant difference in the level of knowledge of the elderly. Statistical analysis was through the program EPIDAT 3.5, EPI INFO 6 and SPSS 2.

RESULTS: The group to which he applied the strategy presents a variation of the traditional knowledge of a very good regular χ^2 with a 27.0 and a P 0.00, while the group to which he applied a participatory significant statistical difference from the level of knowledge of regular excellent χ^2 18.09 and P 0.0012

DISCUSSION: The evaluation indicators had a statistically significant difference in the experimental group, while no such difference was in the group of traditional strategy.

CONCLUSION: The level of knowledge of the elderly on the prevention of falls after the implementation of a participatory educational strategy was higher than 30% compared to the traditional strategy.

KEYWORDS: FALL, meaningful learning, ELDERLY

INDICE GENERAL

| CONTENIDO | PAGINAS |
|---|----------------|
| Agradecimientos..... | i |
| Dedicatorias..... | ii |
| Resumen..... | iii - iv |
| Summary..... | v |
| Índice General..... | vi - vii |
| I.-Introducción..... | 1 - 2 |
| II.-Planteamiento del Problema..... | 3 - 10 |
| Marco Conceptual..... | 11 |
| Factorización..... | 12 |
| III.-Antecedentes Científicos..... | 13 - 14 |
| IV.-Justificación..... | 15 - 16 |
| V.-Educación en el Adulto Mayor..... | 17 - 18 |
| V.II Educación Tradicional..... | 19 - 20 |
| V. III Conocimiento..... | 21 - 22 |
| V. IV Fundamentos de las Teorías de Aprendizaje..... | 23 - 33 |
| V. V Estrategias de enseñanza de aprendizaje significativo..... | 34 - 38 |
| V. VI Caídas..... | 39 - 42 |
| VI.-Metodología..... | 43 - 50 |
| VII.-Logística..... | 50 - 53 |
| VIII.-Consideraciones Éticas..... | 53 - 54 |
| IX.-Prueba Piloto..... | 54 - 55 |
| X.- Resultados..... | 56 - 72 |

XI.- Discusiones.....73 - 75
XII.-Conclusiones.....76 - 77
XIII.-Propuestas.....78
XIV.-Bibliografía.....79 - 84
XV.- Anexos.....85 - 124



I.-INTRODUCCION

En la actualidad existen en México un total de 8.5 millones de personas mayores del 60 años y se espera que para el 2030 ésta cifra se incremente hasta 20 millones. También es de resaltar que la esperanza de vida actual es de 76 años para los hombres y 79 años en las mujeres. (1 y 2)

Derivado de ésta transición demográfica y del envejecimiento de la población el incremento de caídas en personas mayores de 60 años se ha vuelto un problema de salud pública que causa repercusiones físicas, psicológicas y sociales a ésta población.(3)

En el Instituto Mexicano del Seguro Social las personas mayores de 60 años constituye el 13% de la población adscrita a cada médico familiar.(6)

En el IMSS la educación para la salud hace énfasis en estrategias dirigidas a mejorar la actividad física, detección oportuna de enfermedades crónico-degenerativas y hace hincapié en la prevención de caídas en un apartado del programa de salud del adulto mayor.(6)

Es evidente que la educación para la salud facilita la modificación en hábitos y comportamientos, lo que permite reestablecer y conservar la salud mejorando las condiciones de vida, es decir, que con la implantación de procesos educativos se lleva un control estricto de los regímenes médicos dando un enfoque para la atención individual propiciando el autocuidado de la persona y de su familia. Sin embargo dentro de IMSS la educación para la salud ha se ha basado en un modelo tradicionalista en donde la información que reciben los adultos mayores sobre la prevención de caídas no ha sido suficiente. (6 y 7)

Las caídas representan la séptima causa de muerte en las personas adultas mayores de donde se derivan algunas complicaciones frecuentes tales como: las fracturas de cadera, fracturas de fémur, tromboembolia pulmonar y úlceras por decúbito por inmovilidad prolongada, con llevando también a repercusiones psicológicas, sociales y familiares a estos pacientes, lo que actualmente

representa una importante elevación de costos en la atención intra y extrahospitalaria a las instituciones de salud. (8)

Dicha situación preocupa a las instituciones de salud a realizar un cambio en el modelo de enseñanza en el adulto mayor sobre la prevención de caídas que mejoraría su nivel de conocimiento y contribuir de manera importante a mantener una mejor calidad de vida en las personas de ésta edad.(16)

Ante una estrategia educativa diferente a la del modelo tradicionalista siempre habrá mejora en el nivel de conocimiento. Al hacer o no cambios en la estrategia educativa tradicional siempre habrá conocimiento, sin embargo al aplicar una estrategia promotora de la participación el adulto mayor tendrá mayor conocimiento sobre la prevención de caídas sin disminuir el conocimiento que previamente tiene sobre éste tema. (16)

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

AREA DE ESTUDIO: EDUCACION PARA LA SALUD

AREA PROBLEMA: FOMENTO A LA SALUD

OBJETO DE ESTUDIO: BAJO NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN LA PREVENCIÓN DE CAIDAS

SUJETO DE ESTUDIO: ADULTO MAYOR

CONTEXTO: ESTRATEGIA EDUCATIVA PROMOTORA DE LA PARTICIPACION

I-A CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACION EN ESTUDIO

De acuerdo al Consejo Nacional de Población (CONAPO), existen en México un total de 8.5 millones de personas mayores de 60 años y para el 2030 se espera que sean un total de 20.7 millones en tanto que para la mitad del siglo alcanzaran un total de 33.8 millones. Es decir, que por cada 28 personas de la tercera edad hay 100 personas menores de 15 años; la esperanza de vida actual es de 76 años para los hombres y de 79 años para las mujeres. En menos de 30 años se espera que habrá la misma cantidad de viejos y de niños (1 y 2)

En nuestro país de acuerdo a estadísticas del Instituto Nacional de Educación para los Adultos (INEA) se estima que de las personas mayores de 60 años solo el 22% cuenta al menos con educación primaria completa y solo un 6% de ésta población cuenta con estudios profesionales. (1)

Según el Instituto de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) en sus estadísticas del año 2006 en el estado de Aguascalientes se estima una población total de 1'065, 416 habitantes.(3).

La vejez tiene un rostro predominantemente femenino, hoy en día entre las personas mayores de 60 años existen 112 mujeres por cada 100 hombres y llega alrededor de 125 por cada 100 con edades entre los 75 y 79 años. (4)

Derivado de ésta transición demográfica y del envejecimiento de la población el incremento de caídas en el adulto mayor se ha vuelto un problema de salud pública y que causa repercusiones físicas y psicológicas a éste grupo de población.(5)

TABLA No 1 CARACTERISTICAS DE LA POBLACION ADULTA EN AGUASCALIENTES

| POBLACION ADULTA MAYOR EN AGUASCALIENTES | NUMERO DE HABITANTES | NUMERO DE ANALFABETAS |
|--|----------------------|-----------------------|
| HOMBRES | 33428 | 10842 (14.9%) |
| MUJERES | 39423 | 14918 (20.5%) |
| TOTAL | 72771 | 25760 (35.4%) |

Fuente: Estadísticas INEGI 2007

<http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=msoc04&c=4093&e=01101008>.

El 61% de la población trabajadora está afiliada al IMSS en sus diversas modalidades; el 5% de éstos corresponden a adultos mayores.(4)

En el IMSS la población mayor de 60 años constituyen aproximadamente el 13% de la población adscrita a cada médico familiar (5)

En la Delegación IMSS Aguascalientes se tienen registrados a 243,083 derechohabientes con edades de 60 años y más, de los cuáles 19,857 son pensionados (5)

De acuerdo a la información desprendida por la Encuesta Nacional de Salud del Adulto(ENSA 2000), se puede constatar que los adultos mayores derechohabientes del IMSS cuentan con menores índices de analfabetismo y tienen mejores niveles de escolaridad media que los no derechohabientes, sin embargo solo un pequeño porcentaje de ésta población cuenta con estudios de educación superior.(6)

Un 34.8% del total de los adultos mayores permanece en actividad económica activa siendo un 73% de hombres y solo el 19% en las mujeres, sin embargo, hasta un 80% de ésta población en ambos sexos desempeña un trabajo considerado como informal caracterizado por bajos niveles de productividad e ingresos económicos, ausencia de prestaciones sociales, y están expuestos a la presencia de algún accidente. (5)

El 66% del total de la población adulto mayor en el IMSS son casados, un 30% son viudos y solo el 3-4% son solteros (5)

I.B PANORAMA DEL ESTADO DE SALUD

En el IMSS la educación para la salud en el adulto mayor hace énfasis en estrategias dirigidas a mejorar la actividad física, detecciones oportunas de enfermedades crónicas degenerativas y dentro del PREVENIMSS hace hincapié a la prevención de accidentes. (7)

La educación para la salud es una actividad importante e interesante para el Adulto Mayor cuyo objetivo es el aprendizaje de conocimientos y el desarrollo de una conducta encaminada a conservar la salud individual y colectiva (8)

Es evidente que la educación para la salud facilita la modificación en hábitos y comportamientos, lo que permite reestablecer y conservar la salud mejorando las condiciones de vida, es decir, que con la implantación de procesos educativos se lleva un control estricto de los regímenes médicos dando un enfoque para la atención individual propiciando el autocuidado de la persona y de su familia.(8)

En el IMSS la educación para la salud en el adulto mayor se ha basado en un modelo tradicionalista, en donde la información que reciben puede ser suficiente, sin embargo la estrategia para lograr una retención adecuada de conocimientos en la prevención de caídas no ha sido efectiva, por lo que el Instituto se ha preocupado por aplicar un modelo de enseñanza con tendencia a la participación con el fin de lograr un conocimiento mayor sobre la prevención de caídas y contribuir a la disminución en la incidencia de complicaciones médicas en las personas de ésta edad(8)

En la Delegación IMSS Aguascalientes durante el Período 2005-2006 se han reportado un total de 256 fallecimientos derivados de una caída inicial (9).

Las caídas representan la 7ª causa de muerte en personas mayores de 59 años de edad; las lesiones y complicaciones que más se presentan son las fracturas de cadera, fémur, tromboembolia pulmonar y úlceras por decúbito (10)

I-C SISTEMA DE ATENCION EN SALUD

Dentro del sistema de atención en salud se cuentan con algunas guías que proporcionan información sobre las caídas en el adulto mayor, las cuáles son:

- Guía PREVENIMSS de mayores de 59 años en el apartado de Promoción a la Salud donde se recomiendan algunas acciones en la prevención de accidentes
- Guía de Práctica Clínica para la prevención de caídas en el adulto mayor 2000
- Guía de diagnóstico y manejo de caídas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) 1998
- Guía del IMSS para la Atención a la Salud del Adulto Mayor 1999

En 1993 se creó el Programa de Atención a la Salud para jubilados y pensionados, elaborado y conducido por la dirección de prestaciones médicas y la dirección de prestaciones económicas y sociales, que orientan acciones para el fomento a la salud en las personas mayores de 60 años bajo un enfoque de identificación de factores de riesgo, propiciando una nueva cultura de salud. (13)

I-D NATURALEZA DEL PROBLEMA

El Instituto Mexicano del Seguro Social cuenta con un video educativo audiovisual basado en el PREVENIMSS en donde se muestran las acciones a realizar en la prevención de accidentes en las personas adultas mayores (14)

Sin embargo el programa educativo se basa en un modelo tradicionalista sin poder lograr una retención mayor de los conocimientos sobre la prevención, tratamiento y rehabilitación en caídas en las personas de ésta edad, es decir

que la educación tradicional ha propiciado que el conocimiento aprendido por el adulto mayor sobre la prevención de caídas sea insuficiente provocando la alta incidencia de éstas y contribuyendo a una mayor morbimortalidad de las personas mayores de 60 años.(15)

Las Instituciones de salud deben replantear abordajes que limiten el deterioro en la calidad de vida del adulto mayor y el alto costo socio financiero que representan. (16)

Un cambio en la educación para el adulto mayor hacia un modelo de enseñanza de tipo participativo puede mejorar los conocimientos sobre la prevención de accidentes, logrando que las personas además de identificar los factores de riesgo sepan las acciones a realizar con el fin de disminuir la incidencia de éstos no solo en el hogar sino también en la vía pública, contribuyendo a mejorar la calidad de vida en las personas de esta edad.(17)

Es decir que una estrategia educativa promotora de la participación puede mejorar el nivel de conocimiento sobre la prevención de caídas en el adulto mayor sea mucho mayor, pues el adulto mayor puede relacionar el conocimiento previo de éste tema con los conocimientos nuevos que se le enseña, logrando que su nuevo conocimiento tenga mayor sentido y sea significativo para él lográndolo aplicar en la vida diaria y así contribuir a elevar su calidad de vida (17)

I-E DISTRIBUCION DEL PROBLEMA

México es un país en transición demográfica puesto que en 1970 los adultos mayores representaban un 4% del total de la población estimándose que para el 2050 uno de cada cuatro mexicanos será adulto mayor. La tasa de crecimiento en la población mayor de 60 años se debe a tres factores: cambios en las tasas de natalidad pasadas, cambios en la mortalidad de los grupos de 0 a 60 años en el pasado y cambios en la mortalidad de los mayores de 60 años (18).

Existen estudios de países subdesarrollados donde se menciona que un 30% de las personas de 65 años pueden caer una o dos veces por año; las caídas que son la causa más frecuente de accidentes en el adulto mayor, con

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

frecuencia no tienen consecuencias mortales pero sí afectan la salud y la calidad de vida de la persona. (19)

La gran mayoría de las personas adultos mayores cuentan solo con educación básica de tipo tradicional contribuyendo a una conducta pasiva con poca motivación para lograr un aprendizaje significativo que lleve a mejorar su calidad de vida (19)

I-F GRAVEDAD DEL PROBLEMA

La prevalencia de accidentes por caídas en el adulto mayor sano en México con edades entre los 60 y los 75 años varía de un 15 a 30% y aumenta en los mayores de 70 años. Dentro de las consecuencias derivadas a raíz de una caída trae consigo repercusiones físicas como reposo prolongado con tendencia a deshidratación, desnutrición, tromboembolia pulmonar, y úlceras de decúbito, a nivel psicológico se traduce con la presencia del miedo a caer, ansiedad y pérdida de confianza en sí mismo, restricción de las actividades de la vida diaria, y a nivel social las principales consecuencias afectan al núcleo familiar en el cual se traduce su ansiedad en sobreprotección que limita la relativa autonomía del paciente adulto mayor.(20)

En el IMSS la educación para la salud con base en el modelo tradicionalista no ha logrado que el conocimiento sea adecuado en el adulto mayor en la prevención de accidentes y que puede contribuir a la poca disminución de las tasas de incidencia de éstos, representando estancias hospitalarias prolongadas, cirugías, mayores costos hospitalarios con repercusión importante en el ámbito familiar y social con disminución de la calidad de vida de la persona (20)

En el Instituto se encuentra en desarrollo el plan gerontológico, que considera la amalgama entre el tratamiento médico, los enfoques preventivos y la atención social de los problemas del adulto mayor para que sirva como plataforma para los nuevos programas de salud dirigidos a las personas mayores de 60 años.(22)

I-G ARTICULOS RELACIONADOS CON EL PROBLEMA

Peredo y Cols (2005), en su estudio Impacto de una estrategia educativa activa participativa en el control de la hipertensión arterial hacen énfasis a la importancia de programas educativos participativos sobre el conocimiento de la patología, bajo un estudio cuasiexperimental tomando a 48 pacientes a los cuáles se les realizó un cuestionario de 20 preguntas falso y verdadero, se usó la t de student para el análisis de resultados, obteniendo que el 31% de los pacientes incrementó su conocimiento sobre la patología después de la intervención educativa.(23)

Puente y Cols(1999), en su estudio Estrategia Educativa para el control del paciente diabético tipo 2 evaluaron el impacto de una estrategia educativa en el nivel de conocimiento de la enfermedad y contribuir a disminuir los niveles de glicemia en los diabéticos tipo 2, realizaron un estudio cuasiexperimental donde tomaron a 48 pacientes donde la estrategia fue de sesiones sobre la fisiopatología de la enfermedad de 3 hrs. por semana, se utilizó la t de student obteniendo como resultado que la estrategia no solo funcionó para la ganancia del conocimiento sino también influyó para la disminución de los requerimientos terapéuticos (16)

Segundo y Cols (2006) en su estudio cambios antropométricos derivados de la orientación nutricional del grupo de ayuda de obesidad en el adulto mayor demostraron que una estrategia educativa sobre la nutrición al grupo de adultos mayores permitió cambios en su índice de masa corporal hábitos dietéticos y mejora de su calidad de vida, estudio cuasiexperimental donde estudiaron a 70 personas adultos mayores a las cuáles se les aplicó una intervención educativa nutricional con el fin de disminuir la obesidad, para analizar los resultados utilizaron la t de student, obteniendo que existió disminución en el índice de masa corporal y mejora en los hábitos alimenticios en 85% de los pacientes secundario a la aplicación de ésta actividad. (25)

Núñez y Cols en su estudio Intervención educativa sobre salud bucal en gerontes institucionalizados de zona rural midieron el nivel de conocimiento de

los adultos mayores sobre la salud bucal y sobre su aplicación a la vida diaria, bajo un estudio cuasiexperimental del tipo antes y después en 26 pacientes mayores de 70 años en los cuáles se les aplicó un cuestionario antes y después de la intervención educativa sobre salud bucal, utilizando para el análisis de resultados la prueba de Chi cuadrada y de Mc Nemar, se observaron cambios significativos en el nivel de conocimiento posterior a la aplicación de la estrategia educativa pasando de regular y malo a bueno y muy bueno. (26)

INFORMACION QUE SE DESEA OBTENER

En el presente estudio se pretende observar si existe diferencia en el conocimiento del adulto mayor en la prevención de caídas posterior a la aplicación de una estrategia educativa promotora de la participación, en comparación con una estrategia tradicionalista que pueda conllevar a la mejora en el conocimiento y contribuir a la disminución de la incidencia de éstos con el fin de mejorar la calidad de vida en las personas mayores de 60 años.

ARGUMENTOS CONVINCENTE DE QUE EL CONOCIMIENTO DISPONIBLE PARA SOLUCIONAR EL PROBLEMA NO ES SUFICIENTE

A pesar de que existe el PREVENIMSS en donde contiene un apartado en la prevención de accidentes en el adulto mayor la información no ha sido suficiente para lograr que las personas mayores de 60 años tengan un mayor conocimiento sobre éste tema puesto que continúan siendo altos los índices de caídas en las personas adultos mayores ya sea dentro del hogar o en la vía pública, puesto que los métodos de enseñanza aplicados a esta población son tradicionalistas con una visión pasiva en donde el conocimiento que adquiere la persona es mediante la recepción del maestro-alumno y poco sea realiza para lograr una actitud de reflexión del adulto mayor sobre la prevención de accidentes y el como manejarse en dichas situaciones de riesgo.

Además no se encontraron estudios de intervención educativa en donde midan el nivel de conocimiento sobre la prevención de caídas en el adulto mayor.

II.- PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el nivel de conocimientos del adulto mayor sobre la prevención de caídas antes y después una estrategia educativa promotora de la participación en comparación con una estrategia educativa tradicionalista?

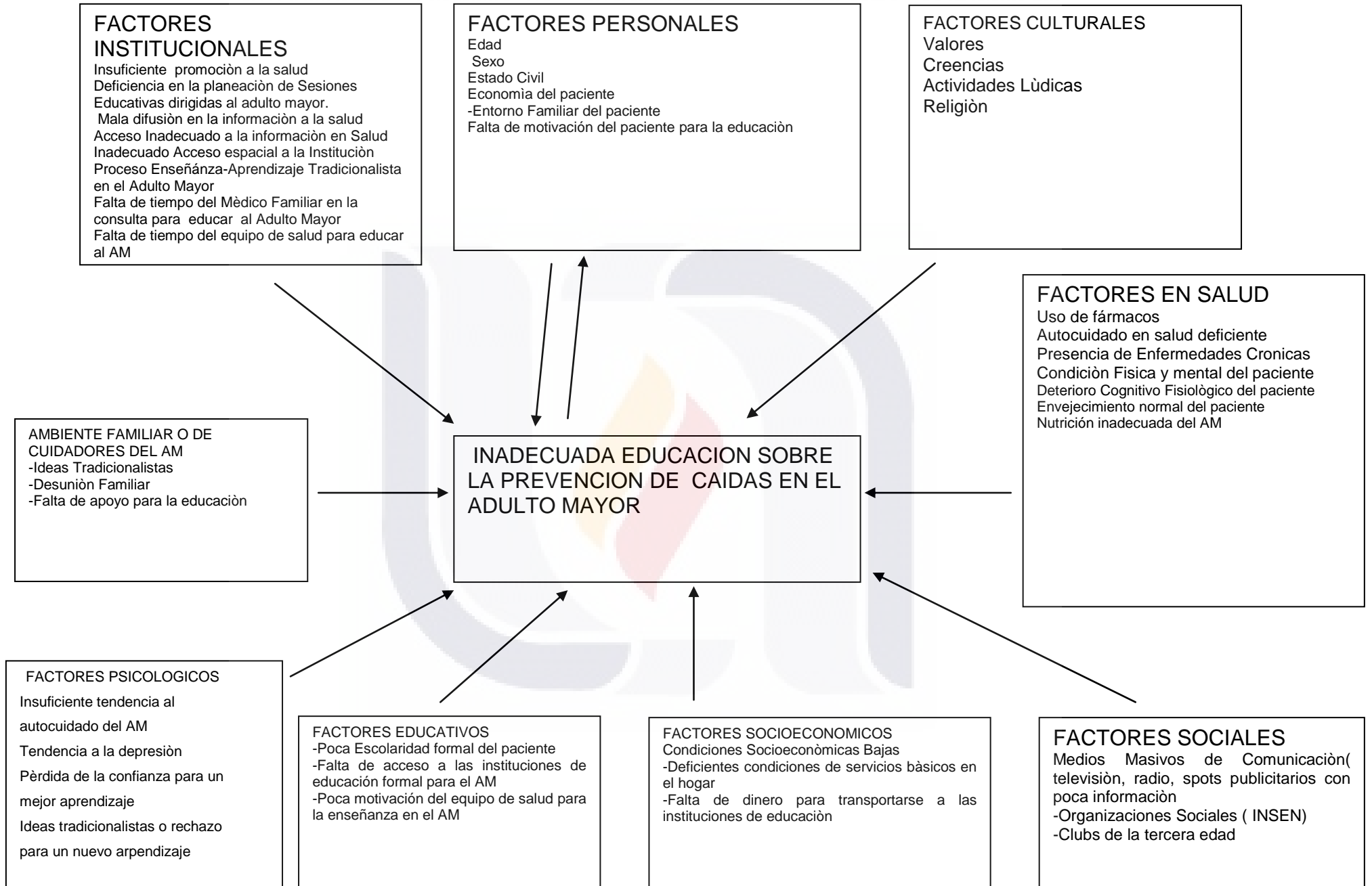
MARCO CONCEPTUAL

APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO: Es aquel en el que la persona aprende de sus experiencias, vivencias y modelos cognitivos reorganizándolos y modificándolos ante las nuevas informaciones o experiencias que se dan en el proceso educativo (28)

ADULTO MAYOR: Es toda aquella persona mayor de 60 años de edad (29)

PREVENCION: Conjunto de medidas con el propósito de evitar la aparición de riesgos para la salud del individuo, de la familia y de la comunidad. (30)

CAIDA: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que propicia al individuo al suelo contra su voluntad.(30)



III.-ANTECEDENTES CIENTIFICOS

- Segundo y Cols (2006) en su estudio cambios antropométricos derivados de la orientación nutricional del grupo de ayuda de obesidad en el adulto mayor demostraron que una estrategia educativa sobre la nutrición al grupo de adultos mayores permitió cambios en su índice de masa corporal hábitos dietéticos y mejora de su calidad de vida, estudio cuasiexperimental donde estudiaron a 70 personas adultos mayores a las cuáles se les aplicó una intervención educativa nutricional con el fin de disminuir la obesidad, para analizar los resultados utilizaron la t de student, obteniendo que existió disminución en el índice de masa corporal y mejora en los hábitos alimenticios en 85% de los pacientes secundario a la aplicación de ésta actividad. (25)

- Nuñez y Cols en su estudio Intervención educativa sobre salud bucal en gerontes institucionalizados de zona rural midieron el nivel de conocimiento de los adultos mayores sobre la salud bucal y sobre su aplicación a la vida diaria, bajo un estudio cuasiexperimental del tipo antes y después en 26 pacientes mayores de 70 años en los cuáles se les aplicó un cuestionario antes y después de la intervención educativa sobre salud bucal, utilizando para el análisis de resultados la prueba de Chi cuadrada y de Mc Nemar, se observaron cambios significativos en el nivel de conocimiento posterior a la aplicación de la estrategia educativa pasando de regular y malo a bueno y muy bueno. (26)

Peredo y Cols (2005), en su estudio Impacto de una estrategia educativa activa participativa en el control de la hipertensión arterial hacen énfasis a la importancia de programas educativos participativos sobre el conocimiento de la patología, donde se realizó un estudio cuasiexperimental tomando a 48 pacientes a los cuáles se les realizó un cuestionario de 20 preguntas falso y verdadero, se usó la t de Student para el análisis de resultados, en donde el 31% de los pacientes incrementó su conocimiento sobre la patología después de la intervención educativa.(23)

Contreras y Cols (2004) en su estudio la educación para la salud bucodental en estudiantes del Politécnico con un diseño prospectivo, descriptivo en estudiantes del ler. Año de estomatología observaron que una estrategia educativa promotora de la participación eleva de manera significativa el nivel de conocimientos de dichos estudiantes. (12)

Hernández y Cols(2001) en su estudio Información sobre prevención de accidentes que poseen adultos y niños a su cuidado con un estudio descriptivo transversal aplicado en 5370 personas en una comunidad de La Habana en donde se les aplicó un cuestionario sobre conocimiento sobre la prevención de accidentes se observó que la mayoría de las personas tenía una educación tradicionalista con bajos niveles de conocimiento y en donde concluyen que es necesaria una intervención educativa promotora de la participación para el desarrollo de un mayor conocimiento sobre la prevención de accidentes (17).

Puente y Cols(1999) en su estudio estrategia educativa para el control del paciente diabético tipo II evaluaron el impacto de una estrategia educativa participativa en el control de la DM II con un diseño cuasiexperimental en 43 pacientes diabéticos en donde se aplicó un proceso educativo de 3 hrs. por semana explicando bases para la fisiopatología de la enfermedad y en donde se observó que la estrategia educativa participativa no solo había funcionado para la ganancia en conocimiento sino indujo niveles normales de glicemia, presión arterial y disminución de los requerimientos terapéuticos. (16)

En nuestro país no se encontraron estudios que hablen sobre intervenciones educativas en el adulto mayor sobre la prevención de caídas.

IV JUSTIFICACION

Actualmente en México la incidencia de caídas en las personas mayores de 60 años es alta, ya que la gran mayoría de ellos presentan al menos una caída al año, presentando un aumento de la morbimortalidad y con ello elevación de costos a las Instituciones de Salud. (10)

Las repercusiones de una caída en el adulto mayor son múltiples, las cuáles son físicas, psicológicas, sociales, familiares, económicas y que contribuyen a un descenso en la calidad de vida de las personas de ésta edad y a un aumento de costos en la atención hospitalaria por parte las instituciones de salud. (11)

Se ha encontrado que solo un 15% del total de los adultos mayores a nivel nacional tiene información sobre la prevención de caídas y sobre las repercusiones de éstas, y se ha demostrado que una estrategia educativa promotora de la participación aumenta el nivel de conocimiento sobre la prevención de caídas y con ello disminuir la incidencia de éstas, siendo las intervenciones educativas participativas las de mayor impacto sobre el adulto mayor. (12)

La educación al adulto mayor enfrenta diversos retos y demandas con el paso de los años, pues en 1960 la esperanza de vida para el hombre era de 45 años y para la mujer de 55, y para el 2005 está ha sufrido modificaciones puesto que el hombre vive un aproximado de 73 años y la mujer de 79. Antes no existía tanta preocupación acerca de las enfermedades crónico-degenerativas tales como la Diabetes Mellitus, La Hipertensión Arterial, Artritis Reumatoide, Enfermedad Articular Degenerativa entre otras, las cuáles hasta el momento ya está causando gran afectación de la calidad de vida del adulto mayor por su frecuencia y consecuencias derivadas siendo de gran importancia una mayor educación dirigida a las personas de ésta edad. (18)

La tarea educativa al adulto mayor no se debe restringir a una mera transmisión de información, sino también permitirle que construya un nuevo conocimiento que le facilite la capacidad de autoayudarse de manera positiva a su salud. (19)

El adulto mayor no construye el conocimiento en solitario sino con la ayuda del equipo de salud (médico, enfermera, trabajadora social, asistente médica), y además por medio del intercambio de información con las personas de su misma edad con problemas semejantes a ellos, en un momento y en un contexto a un nivel cultural particular. (20)

En este estudio nos hemos propuesto ofrecer una alternativa educativa basados en una serie de principios y conceptos derivados de la psicología cognitiva bajo el enfoque constructivista con el fin de prevenir la ocurrencia de caídas en el adulto mayor, elaborando y diseñando un programa educativo que al aplicarlo promueva el aprendizaje significativo, en donde el conocimiento tenga sentido y sea funcional para el adulto mayor y con ayuda de pedagogía ajustar dicha información a sus diversas necesidades, intereses y situaciones que los involucra, midiendo el nivel de conocimiento que obtuvieron mediante la aplicación de un cuestionario pre y post aplicación de la estrategia.

Este protocolo se incluye dentro del programa de atención a la salud del adulto mayor y en educación para la salud, y se cuenta con recursos y personal necesarios para realizar una intervención educativa promotora de la participación y contribuir a la mejora del conocimiento del adulto mayor sobre la prevención de caídas, y con ello disminuir la incidencia de éstas, y mejorando la calidad de vida de las personas de ésta edad.

V MARCO TEORICO

V. I EDUCACION EN EL ADULTO MAYOR

V. I A CONCEPTO DE ADULTO MAYOR

Se le considera como adulto mayor a toda aquella persona mayor de 65 años, dicha definición fue modificada desde 1994 por la Organización Panamericana de Salud puesto que anteriormente dicho término se refería a aquellas personas con 60 años (31)

La integración básica sobre educación de adultos se inició en Europa y en Estados Unidos de Norteamérica, pues a finales de los años cincuenta es cuando se inician los esfuerzos de sistematización, articulación y difusión de las teorías del aprendizaje humano adulto. Es a partir de éstas teorías cuando el término Andragogía cobra importancia, término acuñado por Alexander Kapp (1833) y posteriormente retomado por Eugen Roseback a principios del siglo XX para referirse al conjunto de elementos curriculares propios de la educación de los adultos, como son los profesores, métodos y filosofía. (31)

En resumen se considera a la Andragogía como la disciplina que se ocupa de la educación y del aprendizaje del adulto.

Otro autor destacado en este terreno es Malcolm Knowles (1970) considerado como el padre de la educación de adultos por elaborar una teoría de andragogía más acabada y que la considera como el arte y la ciencia de ayudar a los adultos a aprender, pues considera que los adultos necesitan ser participantes activos de su propio aprendizaje.(32)

Según Knowles el aprendizaje de los adultos mayores se sustenta en 2 atributos principales:

- Posee autonomía y la capacidad de aprender

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

-El profesor ocupa un rol de facilitador del aprendizaje otorgando un mayor énfasis al adulto mayor para elegir sus propios requerimientos más que ceder al control del profesor (32)

La Andragogía es presentada como cinco asunciones que son:

1.-Concepción personal del aprendizaje: Es el concepto de sí mismo que es dependiente hacia una condición autodirigida.

2.-Rol de la experiencia: Constituye una fuente importante para el aprendizaje constituyendo una base de sustento para el nuevo aprendizaje el cual se consolida de manera más significativa.

3.-Orientación a la aplicación del aprendizaje: El interés del adulto en aprender desarrollando dichas tareas en su entorno social, y las relaciona con las actividades cotidianas.

4.-Aprendizajes orientados con propósitos: El adulto mayor valora más los aprendizajes que pueden ser aplicados a situaciones reales que puede enfrentar.

5.-Motivación Intrínseca: Es el íntimo deseo de encontrar soluciones y alcanzar metas personales.

Producto de que la población de adultos mayores ha experimentado un notorio crecimiento a nivel mundial la Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha considerado elaborar políticas generales con beneficio directo sobre las condiciones de vida de las personas de ésta edad, sobre todo de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) se pone énfasis en salud preventiva. (32)

V. II EDUCACION TRADICIONAL

El concepto de educación, es un fenómeno histórico social que siempre ha existido y que puede entenderse como un proceso de socialización y aculturación en el sentido de la acción ejercida de las antiguas generaciones sobre las nuevas generaciones. (33)

Se dice que no hay edades para la educación, pues ésta es una dimensión en la vida humana. La acción educativa puede ser voluntaria o involuntaria, consciente o inconsciente, y tener finalidades explícitas o no.

V. II A APRENDIZAJE TRADICIONAL

Se define como aprendizaje a aquella situación en donde se generan vínculos entre los que participan (profesor-alumno), problematizando y transformando la práctica educativa (33)

En la educación tradicional la preocupación central es enseñar una gran cantidad de conocimientos, orientados a un curriculum cuantitativo dando como resultados aprendizajes acumulativos, el profesor se interesa más en el aprendizaje individual de sus alumnos y enfatiza la exposición de los contenidos como uno de los recursos didácticos más generalizado en este tipo de enseñanza, propiciando así la memorización, la competitividad y la pasividad en los alumnos. (34)

V. II B APRENDIZAJES SIGNIFICATIVOS

Este término es retomado por la corriente cognoscitivista, sobre todo por Ausubel, quien afirma que hay aprendizaje significativo si la tarea de aprendizaje puede relacionarse, de modo no arbitrario, sustantivo, con lo que el alumno ya sabe. (34)

Para los sujetos en situación de docencia, los aprendizajes pueden resultar o aparecer como significativos en la medida que corresponden al sentido y valor que socialmente se les asigna. Pero también pueden resultar significativos en la medida que corresponden a exigencias y necesidades concretas de la propia realidad social,

que puede generar valoraciones y significaciones distintas y divergentes respecto al conjunto de valores y patrones culturalmente predominantes. (34)

VARIABLES DE LA EDUCACION

La Educación puede plantearse como un proceso complejo en el que interviene una gran diversidad de elementos o variables que son: (34)

- 1.-Variables de los Individuos
- 2.-Variables de Aprendizaje
- 3.-Variables Contextuales y Ambientales
- 4.-Variables Instrumentales y Metodológicas



V. III CONOCIMIENTO

V. III A CONCEPTO DE CONOCIMIENTO

El conocimiento es un conjunto de datos sobre hechos, verdades o de información almacenada a través de la experiencia o del aprendizaje (a posteriori), o a través de introspección (a priori). El conocimiento comienza por los sentidos, pasa de estos al entendimiento y termina en la razón, es decir un uso lógico ya que la razón hace abstracción de todo un contenido, pero también hay un uso real. (35)

Características del conocimiento:

1. Es una relación entre Sujeto y objeto, y tiene una operación y una representación interna
2. La representación interna es el proceso cognoscitivo influenciado por una operación.

V. III B TAXONOMIA DE BLOOM

Es una escala que comprende el área intelectual que abarca las subáreas del conocimiento, la comprensión, la aplicación, el análisis, la síntesis y la evaluación; donde cabe destacar que algunas de éstas presentan subdivisiones.:(36)

1.-CONOCIMIENTO: Implica información de hechos específicos y conocimientos de formas y medios de tratar con los mismos, son de modo general, elementos que deben memorizarse.

2.-COMPRESION: Es el aspecto más simple del entendimiento que consiste en captar el sentido directo de una comunicación o de un fenómeno (la percepción de lo que ocurrió en cualquier hecho particular).

3.-APLICACIÓN: El conocimiento de aplicación es el que concierne a la interrelación de principios y generalizaciones con casos particulares o prácticos.

4.-ANALISIS: Implica la división de un todo en sus partes (es el análisis de elementos, de relaciones,)

5.-SINTESIS: Conciene la comprobación de la unión de los elementos que forman un todo. (la producción de una comunicación o de un plan de operaciones) (36)

6.-EVALUACIÓN: Es una actitud crítica ante los hechos (juicios relativos a la evidencia interna y con juicios relativos a la evidencia externa).



V. IV Los Fundamentos de las Teorías del Aprendizaje

1.-Cognoscitivismo: se basa en los procesos que tienen lugar atrás de los cambios de conducta. Estos cambios son observados para usarse como indicadores para entender lo que está pasando en la mente del que aprende. (37)

2.-Conductismo: se basa en los cambios observables en la conducta del sujeto. Se enfoca hacia la repetición de patrones de conducta hasta que estos se realizan de manera automática. (37)

3.-Constructivismo: se sustenta en la premisa de que cada persona construye su propia perspectiva del mundo que le rodea a través de sus propias experiencias y esquemas mentales desarrollados. El constructivismo se enfoca en la preparación del que aprende para resolver problemas en condiciones ambiguas. Schuman, (1996) (37).

En este proyecto, el constructivismo será la base para realizar la investigación.

V. IV A Los Fundamentos del Conductismo

La teoría del conductismo se concentra en el estudio de conductas que se pueden observar y medir (Good y Brophy, 1990) y la cual como teoría de aprendizaje se remonta hasta la época de Aristóteles, además, otros filósofos que siguieron las ideas de Aristóteles fueron Hobbs (1650), Hume (1740), Brown (1820), Bain (1855) y Ebbinghaus (1885) (Black, 1995). Posteriormente algunas personas claves en el desarrollo de la teoría conductista incluyen a Pavlov, Watson, Thorndike y Skinner. (38)

La teoría conductista está relacionada con el estudio de los estímulos y las respuestas correspondientes

Se llaman estímulos reforzadores a aquellos que siguen la respuesta y tienen como efecto incrementar la probabilidad de que las respuestas se emitan ante la presencia de los estímulos

Hernández (1978) señala que el maestro debe verse como un ingeniero educacional y un administrador de contingencia

Algunos ejemplos de la aplicación de este enfoque son:

1) 1) La enseñanza programada. Durante principios de los setenta se desarrollo una gran cantidad de experiencias y aplicaciones de programas de enseñanza diseñados desde esta aproximación, las características de dicha metodología son las siguientes

- a) Definición explícita de los objetivos del programa
- b) Presentación secuencial de la información según la lógica de dificultad creciente
- c) Participación del estudiante
- d) Reforzamiento inmediato de la información
- e) Individualización

2) f) Registro de resultados y evaluación continua

3) ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE CONDUCTISTA

4) Algunas técnicas para la adquisición, mantenimiento y retención de habilidades y conocimientos son:

- A) Reforzamiento
- B) Moldeamiento por aproximaciones sucesivas
- C) Generalización y discriminación
- D) Modelamiento

V. IV. B Como ocurre el aprendizaje en el conductismo

El conductismo iguala al aprendizaje con los cambios en la conducta observable, bien sea respecto a la forma o a la frecuencia de esas conductas. El aprendizaje se logra cuando se demuestra o se exhibe una respuesta apropiada a continuación de la presentación de un estímulo ambiental específico. Se caracteriza al estudiante

como reactivo a las condiciones del ambiente y no como sucede en otras teorías, donde se considera que asume una posición activa en el descubrimiento del mismo.(38)

V. IV C Cuales son los factores que influyen en el aprendizaje en el conductismo

Los conductistas evalúan los estudiantes para determinar en qué punto comenzar la instrucción, así como para determinar cuáles refuerzos son más efectivos para un estudiante en particular. El factor más crítico, sin embargo, es el ordenamiento del estímulo y sus consecuencias dentro del medio ambiente.

V. IV D Cual es el rol de la memoria en el conductismo

La memoria no es tomada en cuenta por los conductistas, aunque se discute la adquisición de hábitos los cuáles se almacenan o se recuperan para uso futuro, el olvido se atribuye a la falta de uso de una respuesta al pasar el tiempo (38)

V. IV E Qué tipo de aprendizaje se explica mejor en el conductismo

Los conductistas intentan prescribir estrategias que sean más útiles para construir y reforzar asociaciones estímulo respuesta, incluyendo el uso de pistas o indicios instruccionales, práctica y refuerzo. (38)

V. IV F Cuáles de los supuestos o principios básicos de esta teoría son pertinentes al diseño de la instrucción

El conductismo se usó como la base para el diseño de muchos de los primeros materiales audiovisuales y dio lugar a muchas de las estrategias de enseñanza, entre los supuestos o principios pertinentes al diseño de instrucción se encuentran los siguientes:

-Un énfasis en producir resultados observables y medibles en los estudiantes

-Evaluación previa de los estudiantes para determinar donde debe comenzar la instrucción

-Énfasis en el dominio de los primeros pasos antes de progresar a niveles más complejos

V. IV G Cómo debe estructurarse la instrucción para facilitar el aprendizaje

La meta de la instrucción para los conductistas es lograr del estudiante la respuesta deseada cuando se le presenta un estímulo, la instrucción se estructura alrededor de la presentación del estímulo y de la provisión de oportunidades para que el estudiante practique la respuesta apropiada.(38)

V. IV H Los Fundamentos del Cognoscitivismismo

Al igual que con el conductismo, la psicología del cognoscitivismismo se remonta a la época de Platón y Aristóteles. La revolución cognitiva comenzó a evidenciarse en la psicología norteamericana durante la década de los 50 (Seattler, 1990). (38)

Uno de los principales protagonistas en el desarrollo del cognoscitivismismo fue Jean Piaget, quién planteó los principales aspectos de esta teoría durante los años 20. (39)

La corriente cognoscitiva pone énfasis en el estudio de los procesos internos que conducen al aprendizaje, se interesa por los fenómenos y procesos internos que ocurren en el individuo cuando aprende, cómo ingresa la información a aprender, cómo se transforma en el individuo y cómo la información se encuentra lista par hacerse manifiesta.(39)

V. IV I Como ocurre el aprendizaje en el cognoscitivismismo

Las teorías cognitivas enfatizan la adquisición del conocimiento y estructuras mentales internas, el aprendizaje se equipara a cambios discretos entre los estados del conocimiento más que con los cambios en la probabilidad de respuesta. Se

dedican a la conceptualización de los procesos de aprendizaje y se ocupan de cómo la información es recibida, organizada, almacenada y localizada.(40)

V. IV J Que factores influyen en el aprendizaje en el cognoscitivismo

El cognoscitivismo enfatiza el papel que juegan las condiciones ambientales en la facilitación del aprendizaje. Las explicaciones instruccionales, las demostraciones, y la selección de contraejemplos correspondientes se consideran instrumentos para guiar el aprendizaje del alumno.(40)

V. IV K Cual es el papel de la memoria en el cognoscitivismo

El aprendizaje resulta cuando la información es almacenada en la memoria de una manera organizada y significativa. El olvido es la falta de habilidad para recuperar información de la memoria debido a interferencias, pérdida de memoria. (40)

V. IV L Como se adquiere el conocimiento en el cognoscitivismo

En el cognoscitivismo la manera en que el alumno adquiere el conocimiento es cuando almacena la información en su memoria, y posteriormente cuando ha entendido como aplicar dicho conocimiento en diversos contextos entonces ha ocurrido la adquisición del mismo. (40)

V. IV M Cuáles tipos de aprendizaje se explican mejor en el cognoscitivismo

Existen dos técnicas para lograr la eficiencia y efectividad en la adquisición de conocimientos que son la simplificación y la estandarización, es decir, el conocimiento puede ser analizado, desglosado y simplificado en bloques de construcción básicos. (40)

V. IV N Cuáles de los supuestos o principios básicos de esta teoría son pertinentes al diseño de instrucción

Un obvio punto en común es el uso de la retroalimentación, un conductista la utiliza para modificar la conducta en la dirección deseada mientras que un cognoscitivista haría uso de la retroalimentación para guiar y apoyar las conexiones mentales exactas. Entre los supuestos o principios específicos cognoscitivistas se mencionan los siguientes:

- Énfasis en la participación activa del estudiante en el proceso de aprendizaje
- Análisis jerárquico
- Creación de ambientes de aprendizaje (40)

V. IV O Los Fundamentos del Constructivismo

El pionero de la primera aproximación constructivista fue Bartlett (1932, en Good y Brophy, 1990) el constructivismo se sustenta en que “el que aprende construye su propia realidad o al menos la interpreta de acuerdo a la percepción derivada de su propia experiencia, de tal manera que el conocimiento de la persona es una función de sus experiencias previas, estructuras mentales y las creencias que utiliza para interpretar objetos y eventos” (41)

David Paul Ausubel, teórico del aprendizaje constructivista describe 2 tipos de aprendizaje:

- A) Aprendizaje repetitivo: Implica la sola memorización de la información a aprender
- B) Aprendizaje significativo: La información es comprendida por el alumno y existe una relación sustancial entre la nueva información y el conocimiento previo

El constructivismo según Carretero (1993, p21) es la idea que mantiene que el individuo tanto en los aspectos cognitivos y sociales del comportamiento como en los afectivos no es un mero producto del ambiente ni un simple resultado de sus disposiciones internas, sino una construcción propia que se va produciendo día a día como resultado de la interacción entre esos dos factores. Es decir dicho proceso de construcción depende de dos aspectos fundamentales:

- El conocimiento previo o representación que se tenga de la nueva información, o de la actividad o tarea a resolver

-Del conocimiento nuevo a aprender

V. IV P Teoría Del Aprendizaje Significativo de David Paul Ausubel

De acuerdo al aprendizaje significativo, los nuevos conocimientos se incorporan en forma sustantiva en la estructura cognitiva del alumno. Esto se logra cuando el alumno relaciona los conocimientos con los anteriormente adquiridos; pero también es necesario que el alumno se interese por aprender lo que se le está mostrando.(41)

Ausubel plantea que el aprendizaje del alumno depende de la estructura cognitiva previa que se relaciona con la nueva información, debe entenderse por "estructura cognitiva", al conjunto de conceptos, ideas que un individuo posee en un determinado campo del conocimiento, así como su organización.

Así mismo también considera que el aprendizaje por descubrimiento no debe ser presentado como opuesto al aprendizaje por exposición (recepción), ya que éste puede ser igual de eficaz. Así el aprendizaje en el Adulto Mayor puede darse por recepción o descubrimiento, como estrategia de enseñanza, y puede lograr un aprendizaje significativo o memorístico y repetitivo.(41)

Un aprendizaje es significativo cuando los contenidos: Son relacionados de modo no arbitrario y sustancial (no al pie de la letra) con lo que el alumno ya sabe. (42)

Ventajas del Aprendizaje Significativo

- 1 Produce una retención más duradera de la información
- 2 Facilita el adquirir nuevos conocimientos relacionados con los anteriormente adquiridos de forma significativa facilitando la retención del nuevo contenido.
- 3 La nueva información relacionada con la anterior, es guardada en la memoria a largo plazo.
- 4 Es activo, pues depende de la asimilación de las actividades de aprendizaje por parte del adulto mayor
- 5 Es personal, ya que la significación de aprendizaje depende de los recursos cognitivos del adulto mayor.

REQUISITOS PARA LOGRAR UN APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO

- 1) **Significatividad lógica del material:** el material que presenta el maestro al alumno debe estar organizado, para que se de una construcción de conocimientos.
- 2) **Significatividad Psicológica del material:** que el alumno conecte el nuevo conocimiento con los previos y los comprenda, también debe poseer una memoria de largo plazo, porque de lo contrario se le olvidará todo en poco tiempo.
- 3) **Actitud favorable del Alumno:** ya que el aprendizaje no puede darse si la persona no quiere. Este es un componente de disposiciones emocionales y actitudinales, en donde el maestro solo puede influir a través de la motivación.

V. IV Q TIPOS DE APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO

- 1.- **Aprendizaje de Representaciones:** es cuando el alumno adquiere el vocabulario, primero aprende palabras que representan objetos reales que tienen significado para él, sin embargo no los identifica como categorías.
- 2.-**Aprendizaje de Conceptos:** Se presenta cuando el alumno, a partir de experiencias concretas, se somete a contextos de aprendizaje por recepción o por descubrimiento.
- 3.-**Aprendizaje de Proposiciones:** Es cuando el alumno conoce el significado de los conceptos, y forma definiciones que contengan dos o más conceptos afirmando o negado algo, así un concepto nuevo es asimilado al integrarlo en su estructura cognitiva con los conocimientos previos.(42)

Principio de la Asimilación

Por asimilación entendemos el proceso mediante el cual " la nueva información es vinculada con aspectos relevantes y pre existentes en la estructura cognoscitiva, proceso en que se modifica la información recientemente adquirida y la estructura pre existente, al respecto Ausubel recalca: Este proceso de interacción modifica tanto

el significado de la nueva información como el significado del concepto o proposición al cual está afianzada. (42)

Esta asimilación se da en los siguientes pasos:

-Por diferenciación progresiva: cuando el concepto nuevo se subordina a conceptos más inclusivos que el adulto mayor ya conocía.

-Por reconciliación integradora: cuando el concepto nuevo es de mayor grado de inclusión que los conceptos que el adulto mayor ya conocía.

-Por combinación: cuando el concepto nuevo tiene la misma jerarquía que los ya conocidos. Ausubel concibe los conocimientos previos del alumno en términos de esquemas de conocimiento, los cuáles consisten en la representación que posee una persona en un momento determinado de su historia sobre una parcela de la realidad. Estos esquemas incluyen varios tipos de conocimiento sobre la realidad, como son: los hechos, sucesos, experiencias, anécdotas personales, actitudes, normas, etc. (42)

V. IV R APORTES DE LA TEORIA DE AUSUBEL EN EL CONSTRUCTIVISMO

El principal aporte en su modelo de enseñanza por exposición, para promover el aprendizaje significativo en lugar del aprendizaje de memoria. (42)

Este modelo consiste en explicar o exponer hechos e ideas. Este enfoque es de los más apropiados para enseñar relaciones entre varios conceptos, pero antes el adulto mayor debe de tener algún conocimiento de dichos conceptos.

Otro aspecto en este modelo es la edad, pues el alumno debe manipular ideas mentalmente, aunque sean simples.

Otro aporte al constructivismo son los organizadores anticipados, los cuáles sirven de apoyo al adulto mayor frente a la nueva información pues funciona como un puente entre la nueva información el conocimiento actual. Dichos organizadores tienen tres propósitos: dirigir la atención del alumno a lo que es importante del material, resaltar las relaciones entre las ideas que serán presentadas y recordarle la

información relevante que ya posee. Dichos organizadores a su vez se dividen en dos categorías:

-Comparativos: activan los esquemas ya existentes, es decir le recuerdan al adulto mayor lo que ya sabe pero no se da cuenta de su importancia.

-Explicativos: proporcionan conocimiento nuevo que el adulto mayor necesitará para entender la información subsecuente, lo ayudan a entender cuando los temas son complejos, desconocidos o difíciles, pero éstos deben ser entendidos por el adulto mayor para que sea efectivo.(42)

Algunos de los postulados centrales de los enfoques constructivistas son los siguientes:

TABLA No. 2

| ENFOQUE | CONCEPCIONES Y PRINCIPIOS CON IMPLICACIONES EDUCATIVAS | METAFORA EDUCATIVA |
|-----------|---|--|
| COGNITIVO | -Teoría Ausubeliana del aprendizaje verbal significativo -Modelos de pensamiento de la información y aprendizaje estratégico. -Representación del conocimiento: Esquemas cognitivos o teorías implícitas y modelos mentales episódicos -Enfoque expertos-novatos -Teorías de la atribución | Alumno: Procesador activo de la información. Profesor: Organizador de la información y forma puentes cognitivos. Promotor de habilidades de pensamiento y aprendizaje. Enseñanza: Inducción del conocimiento esquemático significativo y de estrategias o habilidades cognitivas: él como del aprendizaje. |

| | | |
|--|--|--|
| | <p>y de la motivación por aprender.</p> <p>-Énfasis en el desarrollo de habilidades del pensamiento, aprendizaje significativo y solución de problemas</p> | <p>Aprendizaje:</p> <p>Determinado por conocimientos y experiencias previas.</p> |
|--|--|--|

http://72.14.253.104/search?q=cache:UvuLeg19zFAJ:ceces.upr.edu.cu/centro/repositorio/psicologia_educativa/AUSBEL%2520APRED.%2520SIGNIFICATIVO.pdf+teoria+del+aprendizaje+significativo&hl=es&ct=clnk&cd=30&gl=mx 1-11-2007

En síntesis, según Ausubel, el aprendizaje significativo es aquel que conduce a la creación de estructuras de conocimiento mediante la relación sustantiva entre la nueva información y las ideas previas. (42)

Podemos decir que la construcción del conocimiento es en realidad un proceso de elaboración, en el sentido de que el alumno selecciona, organiza, y transforma la información que recibe de muy diversas fuentes, estableciendo relaciones entre dicha información y sus ideas o conocimientos previos. Al aprender un contenido el alumno le atribuye un significado, construye una representación mental por medio de imágenes o proposiciones verbales, o bien elabora una especie de teoría o modelo mental como marco explicativo de dicho conocimiento. (42)

V. V ESTRATEGIAS DE ENSEÑANZA PARA LA PROMOCION DE APRENDIZAJES SIGNIFICATIVOS

V. V. A LAS ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE SON:

- 1) • Son procedimientos.
 - 2) • Pueden incluir varias técnicas. operaciones o actividades específicas.
 - 3) • Persiguen un propósito determinado: el aprendizaje y la solución de problemas académicos y/o aquellos otros aspectos vinculados con ellos.
 - 4) • Son más que los "hábitos de estudio" porque se realizan flexiblemente.
 - 5) • Pueden ser abiertas (públicas) encubiertas (privadas).
- Son instrumentos socioculturales aprendidos en contextos de interacción con alguien que sabe más. (43)

Una estrategia de aprendizaje es un procedimiento (conjunto de pasos o habilidades) que un alumno adquiere y emplea de forma intencional como instrumento flexible para aprender significativamente y solucionar problemas y demandas académicas (Díaz Barriga, Castañeda y Lule, 1986; Hernández, 1991). Los objetivos particulares de cualquier estrategia de aprendizaje pueden consistir en afectar la forma en que se selecciona, adquiere, organiza o integra el nuevo conocimiento, o incluso la modificación del estado afectivo o motivacional del aprendiz, para que éste aprenda con mayor eficacia los contenidos curriculares o extracurriculares que se le presentan (Dansercou, 1985; Weinstein y Mayer, 1983). (43)

Las estrategias de aprendizaje son ejecutadas voluntaria e intencionalmente por un aprendiz, cualquiera que éste sea (v. gr., el niño, el alumno, una persona con discapacidad mental, adulto mayor, etcétera), siempre que se le demande aprender, recordar o solucionar problemas sobre algún contenido. (43)

V. V B CLASIFICACIONES Y FUNCIONES DE LAS ESTRATEGIAS DE ENSEÑANZA PARA APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO

Estas estrategias han demostrado su efectividad al ser introducidas como apoyos en textos académicos así como en la dinámica de la enseñanza (exposición

negociación, discusión etc.) ocurrida en la clase. Las principales estrategias de enseñanza son las siguientes:

Tabla No. 3 Estrategias de enseñanza para aprendizaje significativo

| | |
|---------------------------------------|---|
| Objetivos | Enunciado que establece condiciones, tipo de actividad y forma de evaluación del aprendizaje del alumno. generación de expectativas apropiadas en los alumnos. |
| Resumen | Síntesis y abstracción de la información relevante de un discurso oral o escrito. Enfatiza conceptos clave, principios, términos y argumento central. |
| Organizador previo | Información de tipo introductorio y contextual. Es elaborado con un nivel superior de abstracción, generalidad e inclusividad que la información que se aprenderá. Tiende un puente cognitivo entre la información nueva y la previa. |
| Ilustraciones | Representación visual de los conceptos, objetos o situaciones de una teoría o tema específico (fotografías, dibujos, esquemas, gráficas, dramatizaciones, etcétera). |
| Analogías | Proposición que indica que una cosa o evento (concreto y familiar) es semejante a otro (desconocido y abstracto o complejo). |
| Preguntas intercaladas | Preguntas insertadas en la situación de enseñanza o en un texto. Mantienen la atención y favorecen la práctica, la retención y la obtención de información relevante. |
| Pistas topográficas y discursivas | Señalamientos que se hacen en un texto o en la situación de enseñanza para enfatizar y/u organizar elementos relevantes del contenido por aprender. |
| Mapas conceptuales y redes semánticas | Representación gráfica de esquemas de conocimiento (indican conceptos, proposiciones y explicaciones). |
| Uso de estructuras textuales | Organizaciones retóricas de un discurso oral o escrito, que influyen en su comprensión y recuerdo. |

Estrategias Docentes para un aprendizaje significativo, una interpretación constructivista. Díaz-Barriga F y Hernández G. Editorial McGraw-Hill, 2ª Edición, México 2007. Pág. 88

Diversas estrategias de enseñanza pueden incluirse antes (preinstruccionales), durante (coinstruccionales) o después (postinstruccionales) de un contenido curricular específico, ya sea en un texto o en la dinámica del trabajo docente. (43)

Las estrategias preinstruccionales por lo general preparan y alertan al estudiante en relación a qué y cómo va a aprender (activación de conocimientos y experiencias previas pertinentes), Algunas de las estrategias preinstruccionales típicas son: los objetivos y el organizador previo.

Las estrategias coinstruccionales apoyan los contenidos curriculares durante el proceso mismo de enseñanza o de la lectura del texto de enseñanza. Cubren funciones como las siguientes: detección de la información principal; conceptualización de contenidos; delimitación de la organización, estructura e interrelaciones entre dichos contenidos y mantenimiento de la atención y motivación. Aquí pueden incluirse estrategias como: ilustraciones, redes semánticas, mapas conceptuales y analogías, entre otras.

A su vez, las estrategias postinstruccionales se presentan después del contenido que se ha de aprender y permiten al alumno formar una visión sintética, integradora e incluso crítica del material. Algunas de las estrategias postinstruccionales más reconocidas son: preguntas intercaladas, resúmenes finales, redes semánticas y mapas conceptuales. (43)

Tabla No. 4 Clasificación de las estrategias de enseñanza según el proceso cognitivo elicitado.

| Proceso cognitivo en el que incide la estrategia | Tipos de estrategia de enseñanza |
|--|--|
| Activación de conocimientos previos | Objetivos o propósitos Preinterrogantes |
| Generación de expectativas apropiadas | Actividad generadora de información previa |
| Orientar y mantener la atención | Preguntas insertadas |

| | |
|---|---|
| | Ilustraciones Pistas o claves tipográficas o discursivas |
| Promover una organización más adecuada de la información que se ha de aprender (mejorar las conexiones internas) | Mapas conceptuales Redes Semánticas Resúmenes |
| Para potenciar el enlace entre conocimientos previos y la información que se ha de aprender (mejorar las conexiones externas) | Organizadores previos Analogías |

Estrategias Docentes para un aprendizaje significativo, una interpretación constructivista. Díaz-Barriga F y Hernández G. Editorial McGraw-Hill, 2ª Edición, México 2007. Pag. 85

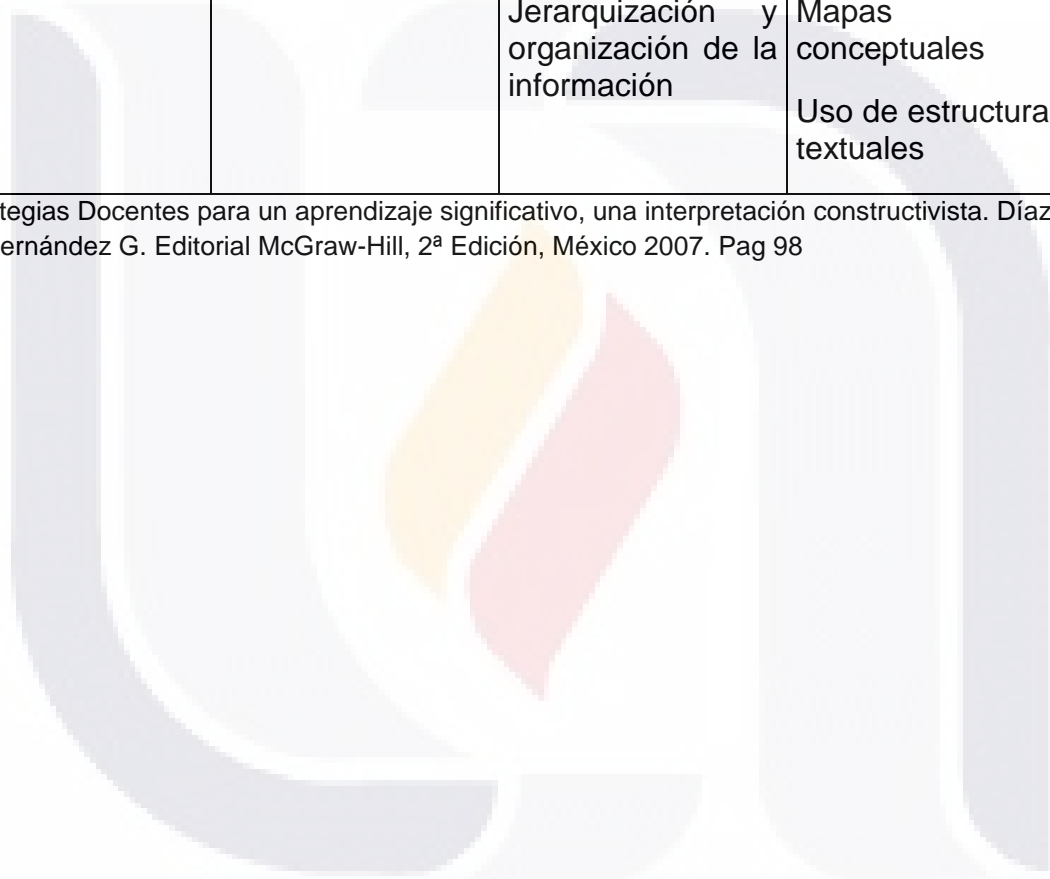
La activación del conocimiento previo puede servir al profesor en un doble sentido: Para conocer lo que saben sus alumnos y para utilizar tal conocimiento como base para promover nuevos aprendizajes (43)

Tabla No 5 CLASIFICACION DE ESTRATEGIAS DE APRENDIZAJE

| Proceso | Tipo de estrategia | Finalidad objetivo | Técnica habilidad |
|---------------------------|---------------------------------|--|---|
| Aprendizaje memorístico | Recirculación de la información | Repaso simple Apoyo al repaso (seleccionar) | Repetición simple o acumulativa Subrayar Destacar Copiar |
| Aprendizaje Significativo | Elaboración | Procesamiento simple Procesamiento Complejo | Palabra clave Rimas Imágenes Mentales Parafraseo Elaboración de inferencias |

| | | | |
|--|--------------|--|---|
| | Organización | Clasificación de la información Jerarquización y organización de la información | Resumir Analogías Elaboración conceptual Uso de categorías Redes semánticas Mapas conceptuales Uso de estructuras textuales |
|--|--------------|--|---|

Estrategias Docentes para un aprendizaje significativo, una interpretación constructivista. Díaz-Barriga F y Hernández G. Editorial McGraw-Hill, 2ª Edición, México 2007. Pag 98



V. VI CAIDAS

V.VI A CONCEPTO DE CAIDA

Caída se define como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo contra su voluntad. Esta precipitación suele ser repentina, involuntaria e insospechada y puede ser confirmada por el paciente o un testigo. (44)

V.VI B IMPORTANCIA DE LAS CAIDAS

- 1 Es uno de los grandes síndromes geriátricos.
- 2 Es un marcador de fragilidad.
- 3 Es un accidente frecuente y grave.
- 4 Los accidentes son la 5ª causa de muerte en las personas adultas mayores, el 70% de los accidentes son caídas.
- 5 30% de las personas adultas mayores que viven en la comunidad se cae una vez al año, siendo más frecuente en mujeres.

El riesgo de caídas aumenta de manera importante y progresiva a medida que aumenta la edad.

Más de la mitad de las caídas llevan a algún tipo de lesión. Aproximadamente una de cada diez caídas llevan a lesiones serias (fracturas, luxaciones, etc.) que pueden generar complicaciones importantes (inmovilidad prolongada, etc.)

- 1 Las caídas son la principal causa de fractura de cadera en los mayores.
- 2 Las fracturas se producen en una de cada diez caídas y un tercio de ellas comprometen el fémur.
- 3 Las fracturas se asocian a disminución severa de la capacidad funcional por falta de rehabilitación o iatrogenia.

V.VI C CONSECUENCIAS RELACIONADAS CON LAS CAÍDAS

Además de las consecuencias físicas, como el trauma inmediato, heridas, contusiones, hematomas, fracturas y reducción de la movilidad. Las caídas tienen importantes consecuencias psicológicas y sociales como: (45)

- 1 Depresión o el miedo a una nueva caída.
- 2 Cambios del comportamiento y actitudes que pueden observarse en los cuidadores y en su entorno familiar que van a provocar una disminución de las actividades físicas y sociales.

Las caídas también tienen consecuencias económicas, ya que en los casos de hospitalización o institucionalización hay aumento de costos y con el aumento de la dependencia, la necesidad de un cuidador.

V.VI D FORMAS DE PRESENTACIÓN DE LAS CAIDAS

Es un problema frecuentemente ignorado por los pacientes, la familia y los mismos médicos, por lo que es muy importante preguntarlo en forma directa, sin embargo cuando el paciente o la familia lo mencionan se describen como caídas accidentales, desmayos, pérdidas repentinas del estado de conciencia o como pérdida súbita de la fuerza en las piernas.

Hay que tener en cuenta que muchos pacientes ocultan las caídas para evitar ser restringidos en su vida cotidiana. (45)

1 Caída accidental: es aquella que generalmente se produce por una causa ajena al adulto mayor sano (ej: tropiezo) y que no vuelve a repetirse.

2 Caída repetida: expresa la persistencia de factores predisponentes como: enfermedades crónicas múltiples, fármacos, pérdidas sensoriales, etc.

3 Caída prolongada: es aquella en la que el adulto mayor permanece en el suelo por más de 15 o 20 minutos por incapacidad de levantarse sin ayuda. Los adultos mayores que tienen mayor prevalencia de caídas prolongadas son: aquellos de 80 años o más, con debilidad de miembros, con dificultades para las actividades del vivir diario y/o toman medicación sedante. (45)

V.VI F BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

FACTORES DE RIESGO

Son factores de riesgo para caídas:

1 Dificultad para levantarse de la silla.

2 Existencia de barreras arquitectónicas.

3 Actividades de riesgo.

4 Edad de 75 años o más.

5 Sexo femenino.

6 Problemas visuales.

7 Fármacos (hipotensores y psicofármacos).

8 Enfermedades crónicas: neurológicas, osteoarticulares, musculares.

9 Inmovilidad.

10 Antecedentes de caídas (aproximadamente el 75% de los mayores que se caen, sufrirán una nueva caída en los siguientes seis meses). (45)

V.VI E CLASIFICACION DE LAS CAIDAS

Usualmente las caídas son producto de la combinación de varios factores, los cuales pueden ser intrínsecos (con relación a la persona) y extrínsecos (con relación al ambiente). Diagrama 5.1

DIAGRAMA 5.1. FACTORES DE RIESGO PARA CAÍDAS



Guía de Diagnóstico y manejo de caídas. OPS 1998. Págs. 1- 18

3.- ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCION DE CAIDAS

Algunos de estos aspectos son:

- Identificar adultos mayores de riesgo
- Actuar de manera personalizada sobre los factores de riesgo identificados
- Enseñar medidas de autocuidado (actividad física regular)
- Enseñar como disminuir riesgos intra y extradomiciliarios
- Enseñar como actuar en caso de haber sufrido una caída
- Dar acceso a cuidados podológicos
- Enseñar sobre la importancia del uso de calzado adecuado

Algunas de las intervenciones específicas de prevención de acuerdo a la causa de la caída se muestran en el cuadro siguiente:

Tabla No. 6 Intervenciones Específicas del Médico Familiar

| | |
|--|---|
| Accidental o relacionada al ambiente donde vive. | Revisión cuidadosa de los factores ambientales y modificación de los factores identificados. |
| Trastornos de la marcha y/o el balance. | Programas de actividad física para re-entrenar la marcha y el balance. Prescripción de auxiliares de la marcha (andadores, bastones de apoyo único o apoyo de 4 puntos, etc.). |
| Parkinsonismo, EVC, artritis, miopatías, neuropatías, enfermedad cardiovascular, enfermedad respiratoria, demencia. Enfermedad vestibular. | Manejo farmacológico específico. Fisioterapia especializada. |
| Ataques de caída. | En diagnóstico de vértigo posicional benigno, puede ser suficiente tratamiento con ejercicios vestibulares. En caso de laberintitis o enfermedad de Meniere puede requerirse de manejo especializado. |
| Insuficiencia vertebro-basilar. | Rehabilitación de extremidades inferiores. |
| Confusión. | Evitar movimientos laterales extremos de la cabeza. |
| Hipotensión postural. | Dependerá de la causa asociada (infección, desequilibrio hidroelectrolítico, etc.). |
| Hipotensión posprandial. | Evitar cambios bruscos de posición (al levantarse de una silla o de la cama, al ir al baño, etc.). |
| Trastorno visual | Utilizar bebidas tonificantes después de los alimentos (ejemplo: café puro) Miopía, cataratas, astigmatismo |

VI.- METODOLOGIA

OBJETIVO GENERAL: Medir el nivel de conocimientos del adulto mayor sobre la prevención de caídas antes y después de la aplicación de una estrategia educativa promotora de la participación basada en aprendizaje significativo y comparado con una estrategia tradicionalista

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Diseñar una estrategia educativa promotora de la participación en la prevención de caídas en el adulto mayor
2. Planear una estrategia educativa promotora de la participación en la prevención de caídas en el adulto mayor.
- 3.-Construir y crear un instrumento de medición del nivel de conocimiento del adulto mayor sobre prevención de caídas
4. Ejecutar una estrategia educativa promotora de la participación en la prevención de caídas en el adulto mayor.
5. Comparar el nivel de conocimiento del adulto mayor sobre la prevención de caídas antes y después de la aplicación de la estrategia educativa promotora de la participación, intergrupo e interestrategia
6. Identificar las características sociodemográficas de la población adulta mayor en la Delegación IMSS Aguascalientes

HIPOTESIS DE LA INVESTIGACION

El nivel de conocimiento del adulto mayor sobre la prevención de caídas se incrementa en más del 35% posterior a la aplicación de una estrategia educativa promotora de la participación.

MATERIAL Y METODOS

De acuerdo con lo planteado en el problema y lo expresado en la fundamentación teórica en éste trabajo se pretende comparar el nivel de conocimiento del adulto mayor sobre la prevención de caídas antes y después de la aplicación de una estrategia educativa promotora de la participación, en

comparación con una estrategia tradicionalista, se aplicarán en 2 grupos naturales de personas adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar # 7 de la Delegación IMSS Aguascalientes con el apoyo del servicio de Trabajo Social de dicha unidad y de Licenciada en Asesoría Psicopedagógica, a los cuáles se les aplicará un cuestionario antes y después de la aplicación de la estrategia.

DISEÑO DE LA INVESTIGACION

-Estudio cuasiexperimental del tipo antes y después

Este tipo de estudio cuenta con algunas ventajas tales como: proveen de una información más confiable, son baratos, prácticos y factibles. Por lo que consideramos que es el diseño más apropiado para la realización de éste proyecto. Para la muestra en nuestro estudio se utilizó la siguiente fórmula:

| | | | |
|--|----------------|----------------|----------------|
| Estrategia Promotora de la participación | O ₁ | X ₁ | O ₂ |
| Estrategia tradicional | O ₁ | | O ₂ |

Donde O₁ es el grupo control al cual se le aplicará una estrategia tradicionalista y O₂ es el grupo experimental al cual se le aplicará una estrategia promotora de la participación.

UNIVERSO DE TRABAJO

-Todas las personas adultos mayores de la UMF # 7 DE LA Delegación IMSS Aguascalientes

UNIDAD DE OBSERVACION

Personas adultos mayores

POBLACION BLANCO

Personas adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar # 7 de la Delegación IMSS Aguascalientes

UNIDAD DE ANALISIS

Personas Adultos Mayores de la UMF # 7 del IMSS

CRITERIOS DE INCLUSION

- 1.-Personas mayores de 60 años de edad que estén afiliados al IMSS y reciban atención en los consultorios de la UMF No. 7 de la Delegación IMSS Aguascalientes y que reciban consulta mediante el programa de cita previa turno matutino o vespertino
- 2.-Personas adultos mayores de la UMF No. 7 que deseen participar en el estudio
- 3.-Personas adultos mayores de la UMF No.7 que sepan leer y escribir

CRITERIOS DE NO INCLUSION

- 1.-Personas Adultos Mayores que no pertenezcan a los consultorios de la UMF # 7 de la Delegación IMSS Aguascalientes
- 2.-Pacientes adultos mayores que no hayan concertado su cita mediante el programa de cita previa
- 3.-Pacientes adultos mayores que padezcan alguna enfermedad neurológica como demencia, Alzheimer, etc.
- 4.-Pacientes adultos mayores que padezcan algún déficit motor para trasladarse a la UMF
- 5.-Pacientes adultos mayores que no sepan leer y escribir

CRITERIOS DE EXCLUSION

- 1.-Pacientes adultos mayores que reciban atención en la UMF # 7 que no hayan contestado el 100% de las preguntas del cuestionario
- 2.-Pacientes adultos mayores que no hayan deseado participar en el estudio

TIPO DE MUESTREO

Por conveniencia se invitan a personas adultos mayores de la UMF # 7 que acuden a consulta en el mes de enero a participar en la intervención educativa participativa a aplicarse en el mes de febrero del 2008

UNIDAD MUESTRAL

Una persona adulto mayor adscrito al consultorio de medicina familiar de la UMF # 7 de la Delegación IMSS Aguascalientes

PLAN DE RECOLECCION DE DATOS

Con apoyo del servicio de Trabajo Social de la UMF No. 7 de la Delegación IMSS Aguascalientes se aplicó el proyecto en 2 grupos naturales de adultos mayores verificando que cumplan con los criterios de inclusión antes mencionados.

A los pacientes se les invitó a participar en el estudio y se les explicó el propósito de la investigación, así mismo se les solicitó en caso de aceptación que firmaran una carta de consentimiento informado y se le garantizó su anonimato y confidencialidad.

A uno de los grupos se le dió el curso sobre prevención de caídas utilizando una estrategia educativa de tipo tradicional, primero se le aplicará dicho cuestionario, posteriormente se realizó la proyección de un video del PREVENIMSS con información sobre la prevención de caídas con una duración aproximada de 10 minutos, se complementó la información con una exposición en power point con una duración de 20 minutos y al final se aplicó el cuestionario mencionado anteriormente para posteriormente proceder a la comparación de resultados y verificar si existe o

no cambios en el nivel de conocimiento del adulto mayor antes y después de la aplicación de la estrategia educativa.

Al segundo grupo se le dió el curso sobre prevención de caídas aplicando primeramente el cuestionario, se aplicó una estrategia educativa promotora de la participación utilizando técnicas educativas del tipo de la discusión en pequeños grupos, contando con apoyo de rotafolios, plumones, imágenes, motivando la participación del adulto mayor y posteriormente se aplicó el cuestionario autoadministrado y finalmente realizar comparación de resultados y demostrar si existe o no cambios en el nivel de conocimientos posterior a la aplicación de una estrategia promotora de la participación.

ESTRATEGIA PROMOTORA DE LA PARTICIPACION

Dicha estrategia consistió en realizar una estrategia educativa promotora de la participación en donde se utilizarán técnicas del tipo de la discusión en pequeños grupos buscando que el adulto mayor pueda relacionar su conocimiento previo sobre la prevención de caídas con el conocimiento nuevo que se le va a enseñar, y finalmente pueda crear un nuevo conocimiento sobre la prevención de caídas contribuyendo a mejorar su calidad de vida, el curso tiene los siguientes objetivos:

- a) Que el adulto mayor sepa que es una caída y como se clasifican
- b) Que el adulto mayor conozca cuáles son los factores de riesgo que propician una caída
- c) Que el adulto mayor conozca cuáles son los lugares más frecuentes en donde se presentan las caídas
- d) Que el adulto mayor sepa cuáles son las diferentes consecuencias derivadas de una caída
- e) Que el adulto mayor sepa cuáles son las diferentes medidas de prevención para evitar sufrir una caída

El tema se realizo en el auditorio de la UMF No. 7 de la Delegación IMSS Aguascalientes, algunas de las estrategias didácticas de apoyo fueron lectura comentada, expositiva, discusión en pequeños grupos, debate.

El personal que participó en la intervención educativa fueron el personal de trabajo social de la UMF No. 7 de la Delegación IMSS Aguascalientes y una Licenciada en Asesoría Psicopedagógica de la Coordinación de Investigación en Salud del HGZ No. 1 de la Delegación IMSS Aguascalientes

DEFINICION DE VARIABLES

A) Variable Dependiente

Nivel de conocimiento del adulto mayor sobre la prevención de caídas

Se define como la información que tiene una persona mayor de 60 años sobre como evitar una caída, la cual se define como cualquier acontecimiento o situación que propicia que una persona se proyecte hacia el suelo.

Para identificar la variabilidad de la información del conocimiento del adulto mayor sobre prevención de caídas antes y después de la estrategia educativa participativa se aplicará un cuestionario con respuestas falso o verdadero sobre algunas situaciones de riesgo que enfrenta el adulto mayor en la vida diaria que pueden propiciar la presencia de caídas. Es una variable cuantitativa ordinal con categorías alto, regular y bajo

B) Variable Independiente

Variable Demográfica o Nominal en el adulto mayor

Edad

Sexo

Actividad laboral

Estado Civil

Nivel de estudios

PLAN DE ANALISIS

Se utilizarán los programas EPI INFO 6, EPIDAT VERSION 3.1 Y SPSS VERSION 15.0 para la captura, procesamiento y análisis de los datos.

Los datos obtenidos en el trabajo de campo se capturarán y almacenarán en forma cotidiana

ANALISIS DE DATOS

En el nivel descriptivo para todas las variables se obtendrá distribución de valores absolutos y relativos. Para las variables de tipo cuantitativo se obtendrá medidas de tendencia central (media aritmética o mediana) o en su caso medidas de dispersión (desviación estándar o centiles), la diferencia entre grupos se realizó con la t de student, y para comparación de datos de utilizó la prueba de la Chi cuadrada (prueba de Mantel-Haenszel) que nos indicó si existió diferencia significativa en el nivel de conocimiento de ambos grupos.

CONSTRUCCION DEL INSTRUMENTO

Se da inicio a la elaboración de un cuestionario que se aplicó antes y después de la aplicación de la estrategia educativa participativa con el fin de medir el nivel de conocimiento sobre la prevención de caídas en los pacientes adultos mayores.

El mismo en un principio contaba de 10 fotografías con 64 reactivos de respuesta falso, verdadero y no sé sobre la prevención de caídas, sin embargo al ser validado en su contenido por expertos se disminuyó a 8 fotografías con 55 reactivos, y en una segunda revisión por parte de los expertos al final dicho instrumento quedó constituido de 6 fotografías representando situaciones de riesgo de la vida diaria que pueden propiciar caídas en los adultos mayores, con 43 reactivos de respuesta falso, verdadero y no sé los cuáles tendrán respuestas

falso, verdadero y no sé, en un lenguaje entendible para las personas de ésta edad.

Dicho cuestionario ha sido revisado y validado en su contenido por una Licenciada en Asesoría Psicopedagógica, Un Médico Internista con subespecialidad en Geriatria, y un Médico Familiar

De acuerdo a resultados de cuestionario se medirá el nivel de conocimiento como con una escala de Likert en bueno, regular y malo de acuerdo a los porcentajes de respuestas acertadas.

VII.- LOGISTICA

Se realizaron 2 ponencias a 2 grupos naturales de personas adultas mayores a los cuáles se les aplicarán una estrategia tradicional y a otro una estrategia educativa promotora de la participación basada en al aprendizaje significativo

Antes y después de las 2 estrategias, a cada uno de los grupos se les aplicó un cuestionario autoadministrado con el fin de medir el nivel de conocimiento del adulto mayor sobre la prevención de caídas con una duración aproximada de 30 minutos..

Dicho reactivo consta de 6 fotografías con preguntas de respuesta falso, verdadero y no sé sobre situaciones de riesgo que pueden propiciar una caída y que son frecuentes dentro de la vida diaria, las cuáles se extrajeron de una serie de ítems que se desarrollaron en un principio dentro de la operacionalización de variables.

Dicho instrumento cuenta con dos secciones: en la primera identificará datos generales como: número de filiación, edad en años , sexo, estado civil, número de consultorio en donde es atendido, actualmente a qué se dedica, ocupación, escolaridad, padecimientos actuales, si ha sufrido una caída en los últimos 3 meses y si pertenece al turno matutino o vespertino.

La segunda sección consta de 43 reactivos de respuesta múltiples tales como falso, verdadero y no sé, en un lenguaje entendible sobre situaciones de riesgo para sufrir una caída.

Al primer grupo se le aplicará una estrategia educativa de tipo tradicional mediante la proyección de un video con información sobre la prevención de caídas con duración de 10 minutos aproximadamente y posteriormente complementando la información con una exposición sobre la misma temática utilizando el apoyo de rotafolios con una duración de 10 minutos y por último proceder a la aplicación del cuestionario autoadministrado.

Al segundo grupo se le aplicará una estrategia educativa promotora de la participación que consiste en una exposición estimulando la participación de los integrantes del grupo y utilizando técnicas del tipo de la discusión en pequeños grupos con una duración aproximada de 50 minutos para lograr un conocimiento mucho mayor sobre la prevención de caídas en las personas adultos mayores, posterior a la realización de ésta estrategia se procederá a la aplicación del cuestionario autoadministrado.

Finalmente se realizará un análisis de resultados comparando las 2 estrategias y observar si en verdad existe una diferencia significativa en el nivel de conocimiento del adulto mayor sobre la prevención de caídas con una estrategia educativa diferente a la tradicional.

CARACTERISTICAS DEL DOCENTE QUE IMPARTE LA ESTRATEGIA EDUCATIVA PROMOTORA DE LA PARTICIPACION

- 1.- Tener el conocimiento teórico suficientemente profundo y pertinente acerca del aprendizaje significativo, así como el desarrollo y comportamiento humano.
- 2.-Que tenga el despliegue de valores y actitudes que fomenten el aprendizaje y las relaciones humanas.
- 3.-Que tenga el dominio de los contenidos, que sea facultador del aprendizaje y promotor de la motivación.

4.-Que tenga control de las estrategias de enseñanza que faciliten el aprendizaje del alumno y lo hagan motivante

5.- Conocimiento personal práctico sobre la enseñanza.

6.-Saber dirigir la actividad de los adultos mayores y evaluarlos

La función central del docente consiste en orientar y guiar la actividad mental constructiva de sus alumnos a quienes proporcionará ayuda pedagógica, es decir, un profesor constructivista es:

-Es un mediador entre el conocimiento y el aprendizaje de sus alumnos: comparte experiencias y saberes en un proceso de negociación o construcción conjunta del conocimiento.

-Es un profesional reflexivo que piensa críticamente su práctica, toma decisiones y soluciona problemas pertinentes al contexto de su clase

-Toma conciencia y analiza críticamente sus propias ideas y creencias acerca de la enseñanza y el aprendizaje, y está dispuesto al cambio.

-Promueve aprendizajes significativos, que tengan sentido y sean funcionales para sus alumnos.

-Presta ayuda pedagógica ajustada a la diversidad de necesidades, intereses y situaciones en que se involucran sus alumnos

-Establece como meta la autonomía y autodirección del alumno.

El docente debe de ser capaz de motivar al paciente adulto mayor, plantear los asuntos importantes y de interés sobre la prevención de caídas, es decir:

-Atiende el saber y el saber hacer

-Contempla el contenido de la materia, los procesos de enseñanza-aprendizaje y la práctica docente

-Toma como punto de partida el análisis y el cuestionamiento del pensamiento didáctico del sentido común

-Es el resultado de la reflexión crítica y colaborativa del cuerpo docente.

En la evaluación previa a la aplicación de la estrategia educativa promotora de la participación consideramos:

-Características, carencias y conocimientos previos del adulto mayor sobre la prevención de caídas.

-Empatar la intencionalidad u objetivos perseguidos

En tanto que en la evaluación posterior a la aplicación de la estrategia educativa promotora de la participación se espera:

-Que el adulto mayor tenga un mayor conocimiento sobre la prevención de caídas

-Que el adulto mayor construya un nuevo conocimiento sobre la prevención de caídas

-Que el conocimiento aprendido sobre la prevención de caídas sea significativo para el adulto mayor aplicándolo a su vida diaria y contribuir a la disminución de la morbimortalidad derivada de éstas.

VIII.- CONSIDERACIONES ETICAS

En esta investigación se tomó en cuenta la declaración de Helsinki y el código de Nuremberg regido por los principios de autonomía, confidencialidad y anonimato de las personas a participar en éste estudio, a las personas que participaron en el estudio se les pidió autorización por escrito mediante la carta de consentimiento informado donde se informó el procedimiento a realizar en la investigación, los propósitos del estudio y se les ofreció la oportunidad de retirarse en cualquier momento de la investigación así como la declaración de que la participación era voluntaria sin obligarlas ni condicionarlas a participar.

Esta investigación no viola el principio de beneficencia, ya que no implicó ningún riesgo para los participantes de éste estudio, se respetó el principio de justicia extendiendo la invitación a participar a todas las personas involucradas directamente en éste estudio.

IX.- PRUEBA PILOTO

Para identificar problemas potenciales en el estudio se efectuó una prueba piloto para revisar la metodología y la logística en la recolección de datos en la UMF 7, donde se evaluará la posible reacción de los sujetos de estudio con respecto a la investigación, evaluar el instrumento de recolección de datos y las actividades del investigador principal para la coordinación y aplicación de estrategia educativa promotora de la participación.

Dicho prueba se realizó en una sesión llevada a cabo en la UMF 7 en donde se tomó a 2 grupos naturales de 14 adultos mayores adscritos a dicha unidad con apoyo del servicio de trabajo social, a los cuáles se aplicó dicho cuestionario, se observó la aceptabilidad de dicho estudio, la disposición de los sujetos de estudio para su contestación y colaboración con el mismo. Cada pregunta se discutió con los mismos asegurando que los términos y las definiciones se entiendan claramente.

Posteriormente a uno de los grupos se le aplicó dicho cuestionario con una duración para contestarlo de 45 minutos aproximadamente y enseguida se procedió a la aplicación de una estrategia educativa de tipo tradicional en el tema de la prevención de caídas utilizando el apoyo de un video con una duración aproximada de 10 minutos sobre la prevención de caídas en donde al principio se tuvo problemas de audio corrigiendo al instante dicha situación y complementando dicho tema con una exposición con diapositivas con apoyo de cañón por parte de una Trabajadora Social teniendo una duración de 10 minutos aproximadamente, al finalizar dicha exposición se le aplicó nuevamente el cuestionario a las personas adultos mayores con una duración para contestarlo de solo 25 minutos.

Al segundo grupo o experimental se le aplicó dicho cuestionario con una duración de 35 minutos aproximadamente y posteriormente se procedió a la aplicación de una estrategia educativa de tipo participativa en el tema de prevención de caídas por parte de una licenciada en Asesoría Psicopedagógica realizando una exposición con ayuda de rotafolios, plumones e imágenes utilizando el método de discusión en pequeños grupos acerca de cómo prevenir las caídas tanto en el hogar como en la vía pública teniendo una duración de 30 minutos aproximadamente, posteriormente se aplicó nuevamente el cuestionario para determinar si existe diferencia significativa en el nivel de conocimiento del adulto mayor en ésta patología.

Cabe mencionar que en ambos grupos después de la aplicación de ambas estrategias se tuvo un receso de 10 minutos aproximadamente brindándoles un pequeño refrigerio y tratando que el ambiente fuera de lo más tranquilo y ameno para el paciente adulto mayor.

X.- RESULTADOS

Los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes:

Se realizaron ambas estrategias en 2 grupos naturales de 14 adultos mayores cada uno. Ninguno de los participantes fue excluido o eliminado del estudio.

El promedio de edad de las personas adultos mayores fue de 68.8 años con una desviación estándar de ± 5.37 con un valor mínimo de 63 y uno máximo de 80. (Ver Anexo Cuadro No. 1)

Todos los pacientes que constituían los grupos naturales de adultos mayores pertenecían al turno matutino.

En relación al sexo de los participantes el 67.9% (19) fueron mujeres y el 32.1% (9) hombres. (Ver Anexo Cuadro No. 2)

Con respecto al estado civil se encontró que el 71.4% (20) son casados, el 17.9% (5) son viudos y el 10.7% (3) son solteros. (Ver Anexo Cuadro No.3)

En cuanto a la ocupación el 57.1% (16) se dedica al hogar, el 25% (7) es pensionado y el 14.3% (4) son jubilados y solo una persona aún trabaja. (Ver Anexo Cuadro No. 4)

La escolaridad que se presentó fue la siguiente: el 29.6% (8) terminó la primaria, el 25.0% (7) sabe leer y escribir y el 17.9% (15) con secundaria incompleta. (Ver Anexo Cuadro No.5)

En relación a enfermedades o padecimientos crónicos la población presentó lo siguiente: el 37.0% (10) tiene Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), el 22.2% (6) padece Diabetes Mellitus y el resto tiene otro tipo de enfermedades tales como Artritis Reumatoide (3), Enfermedades Cardiovasculares (5) y Lesiones de Rodillas (4). (Ver Anexo Cuadro No. 6)

Además el 40.8% del total de los adultos mayores tiene al menos una enfermedad crónica y el resto tiene más de 2 enfermedades crónicas.

En lo que respecta a caídas, el 53.6% (15) ha presentado al menos una caída en los últimos 3 meses, mientras que el 46.4% (13) no ha sufrido caída alguna. (Ver Anexo Cuadro No. 7)

Así mismo se realizó un cuadro por indicadores el cual contiene el número de aciertos por cada uno de ellos y el valor estadístico del mismo y el cual quedó de la siguiente manera:

TABLA No 7 INDICADORES Y VALORES

| INDICADOR | TOTAL DE PREGUNTAS | VALOR DEL INDICADOR (%) |
|-----------------------------------|--------------------|-------------------------|
| 1.-Mobiliario Inestable | 5 | 11 |
| 2.-Mala Iluminación | 6 | 14 |
| 3.-Pisos Resbalosos | 4 | 9 |
| 4.-Pisos Desnivelados | 3 | 7 |
| 5.-Alfombras o tapetes arrugados | 2 | 5 |
| 6.-Escaleras Inseguras | 6 | 14 |
| 7.-Calzado Inadecuado | 6 | 14 |
| 8.-Desconocimiento del lugar | 6 | 14 |
| 9.-Ir al baño o bañarse | 3 | 7 |
| 10.-Uso de Auxiliares Ortopédicos | 2 | 5 |
| TOTALES | 43 | 100 |

Fuente: Cuestionario de Nivel de conocimientos sobre prevención de caídas en el Adulto Mayor.

Posteriormente se realizó una estadificación por cada indicador quedando de la siguiente manera:

| NUMERO DE ACIERTOS | PORCENTAJE (%) | ESTADIFICACION |
|--------------------------------|----------------|----------------|
| 1.-Mobiliario Inestable | | |
| 5 | 100 | EXCELENTE |
| 4 | 80 | MUY BUENO |
| 3 | 60 | BUENO |
| 2 | 40 | REGULAR |
| 1 | 20 | MALO |
| 2.-Mala Iluminación | | |
| 5 | 100 | EXCELENTE |
| 4 | 83 | MUY BUENO |
| 3 | 66 | BUENO |
| 2 | 50 | REGULAR |
| 1 | 33 | MALO |
| 3.- Pisos Resbalosos | | |
| 4 | 100 | MUY BUENO |
| 3 | 75 | BUENO |
| 2 | 50 | REGULAR |
| 1 | 25 | MALO |
| 4.-Pisos Desnivelados | | |
| 3 | 100 | BUENO |
| 2 | 66 | REGULAR |
| 1 | 33 | MALO |
| 5.-Alfombras | | |
| 2 | 100 | BUENO |
| 1 | 50 | MALO |

| | | |
|-------------------------|-----|-----------|
| 6.-Escaleras Inseguras | | |
| 5 | 100 | EXCELENTE |
| 4 | 83 | MUY BUENO |
| 3 | 66 | BUENO |
| 2 | 50 | REGULAR |
| 1 | 33 | MALO |
| 7.-Calzado Inadecuado | | |
| 5 | 100 | EXCELENTE |
| 4 | 83 | MUY BUENO |
| 3 | 66 | BUENO |
| 2 | 50 | REGULAR |
| 1 | 33 | MALO |
| 8.-Desconoce lugar | | |
| 5 | 100 | EXCELENTE |
| 4 | 83 | MUY BUENO |
| 3 | 66 | BUENO |
| 2 | 50 | REGULAR |
| 1 | 33 | MALO |
| 9.-Ir al baño o bañarse | | |
| 3 | 100 | BUENO |
| 2 | 66 | REGULAR |
| 1 | 33 | MALO |
| 10.-Uso de Aux Ortoped | | |
| 2 | 100 | BUENO |
| 1 | 50 | MALO |

Fuente: Cuestionario de Nivel de conocimientos sobre prevención de caídas en el Adulto Mayor

Posteriormente y utilizando el programa EPIDAT Versión 3.1 y utilizando el método de chi cuadrada (Prueba de Mantel-Haenszel) para determinar si existe diferencia significativa en los resultados de los exámenes aplicados antes y después de cada estrategia educativa, se realizó la comparación de resultados de cada indicador quedando los resultados de la siguiente manera:

ESTRATEGIA TRADICIONAL

1.- Mobiliario Inestable

| Categoría | TA | TD | χ^2 | P |
|-----------|----------|-----------|----------|--------|
| | N (%) | N (%) | 27.0 | 0.0000 |
| 2 | 5 (35.7) | | | |
| 3 | 9 (64.3) | | | |
| 4 | | 10 (71.4) | | |
| 5 | | 4 (28.6) | | |

En donde la categoría corresponde a la estadificación de cada indicador, N es el número de personas que obtuvieron determinada calificación, TA es el resultado del examen antes de la aplicación de la estrategia y TD es el resultado obtenido posterior a la aplicación de la estrategia educativa tradicional.

2.-Mala Iluminación

| Categoría | TA | TD | χ^2 | P |
|-----------|----------|-----------|----------|--------|
| | N (%) | N (%) | 23.49 | 0.0000 |
| 2 | 4 (28.6) | | | |
| 3 | 9 (64.3) | | | |
| 4 | | 4 (28.6) | | |
| 5 | 1 (7.1) | 10 (71.4) | | |

3.-Pisos Resbalosos

| Categoría | TA | TD | χ^2 | P |
|-----------|-----------|----------|----------|--------|
| | N (%) | N (%) | 10.28 | 0.0058 |
| 2 | 10 (71.4) | 2 (14.3) | | |
| 3 | 4 (28.6) | 8 (57.1) | | |
| 4 | | 4 (28.6) | | |

4.-Pisos Desnivelados

| Categoría | TA | TD | χ^2 | P |
|-----------|----------|----------|----------|--------|
| | N (%) | N (%) | 5.44 | 0.0657 |
| 1 | 6 (42.9) | 1 (7.1) | | |
| 2 | 6 (42.9) | 7(50.1) | | |
| 3 | 2 (14.3) | 6 (42.9) | | |

El resultado de la Chi cuadrada en este caso no es significativo

5.- Alfombras o Tapetes Arrugados

| Categoría | TA | TD | χ^2 | P |
|-----------|-----------|-----------|----------|--------|
| | N (%) | N (%) | 21.2 | 0.0000 |
| 1 | 12 (85.7) | 3 (21.4) | | |
| 2 | 2 (14.3) | 11 (78.6) | | |

6.-Escaleras Inseguras

| Categoría | TA | TD | χ^2 | P |
|-----------|----------|----------|----------|--------|
| | N (%) | N (%) | 10.89 | 0.0043 |
| 2 | 7 (50.1) | 1 (7.1) | | |
| 4 | 6 (42.9) | 4 (28.6) | | |
| 5 | 1 (7.1) | 9 (64.3) | | |

7.-Calzado Inadecuado

| Categoría | TA | TD | χ^2 | P |
|-----------|-----------|----------|----------|--------|
| | N (%) | N (%) | 21.2 | 0.0000 |
| 2 | 11 (78.6) | | | |
| 4 | 3 (21.4) | 3 (21.4) | | |
| 5 | | 11(78.6) | | |

8.-Desconocimiento del lugar

| Categoría | TA | TD | χ^2 | P |
|-----------|----------|----------|----------|--------|
| | N (%) | N (%) | 16.48.0 | 0.0003 |
| 2 | 8 (57.1) | | | |
| 4 | 6 (42.9) | 6 (42.9) | | |
| 5 | | 8 (28.6) | | |

9.-Ir al baño o bañarse

| Categoría | TA | TD | χ^2 | P |
|-----------|-----------|----------|----------|--------|
| | N (%) | N (%) | 19.2 | 0.0001 |
| 1 | 11 (78.6) | | | |
| 2 | 3 (21.4) | 6 (42.9) | | |
| 3 | | 8 (57.1) | | |

10.-Auxiliares Ortopédicos

| Categoría | TA | TD | χ^2 | P |
|-----------|-----------|-----------|----------|--------|
| | N (%) | N (%) | 15.4. | 0.0001 |
| 1 | 11 (78.6) | 4 (28.6) | | |
| 2 | 3 (21.4) | 10 (71.4) | | |

ESTRATEGIA PARTICIPATIVA

1.-Mobiliario Inestable

| Categoría | TA | TD | χ^2 | P |
|-----------|----------|----------|----------|--------|
| | N (%) | N (%) | 20.8 | 0.0001 |
| 2 | 4 (28.6) | | | |
| 3 | 8 (57.1) | | | |
| 4 | 2 (14.3) | 8 (57.1) | | |
| 5 | | 6 (42.9) | | |

2.-Mala Iluminación

| Categoría | TA | TD | χ^2 | P |
|-----------|---------|-------|----------|--------|
| | N (%) | N (%) | 14.5 | 0.0023 |
| 2 | 1 (7.1) | | | |
| 3 | 7 (50) | | | |

4 6 (42.9) 7 (50)

5 7 (50)

3.-Pisos Resbalosos

| Categoría | TA N (%) | TD N (%) | χ^2 19.7 | P 0.0001 |
|-----------|-------------|-------------|------------------|-------------|
| 2 | 11 (78.6) | | | |
| 3 | 3 (21.4) | 5(35.7) | | |
| 4 | | 9 (64.3) | | |

4.-Pisos Desnivelados

| Categoría | TA N (%) | TD N (%) | χ^2 16.48 | P 0.0003 |
|-----------|-------------|-------------|-------------------|-------------|
| 1 | 9 (64.3) | | | |
| 2 | 5 (35.7) | 6 (42.9) | | |
| 3 | | 8 (57.1) | | |

5.-Alfombras o Tapetes Arrugados

| Categoría | TA N (%) | TD N (%) | χ^2 8.0 | P 0.0002 |
|-----------|-------------|-------------|-----------------|-------------|
| 1 | 8 (57.1) | 3 (21.4) | | |
| 2 | 6 (42.9) | 11 (78.6) | | |

6.-Escaleras Inseguras

| Categoría | TA | TD | χ^2 | P |
|-----------|-----------|----------|----------|--------|
| | N (%) | N (%) | 17.74 | 0.0001 |
| 2 | 10 (71.4) | | | |
| 4 | 4 (28.6) | 6 (42.9) | | |
| 5 | | 8 (57.1) | | |

7.-Calzado Inadecuado

| Categoría | TA | TD | χ^2 | P |
|-----------|-----------|----------|----------|--------|
| | N (%) | N (%) | 20.68 | 0.0000 |
| 2 | 12 (85.7) | | | |
| 4 | 2 (14.3) | 9 (64.3) | | |
| 5 | | 5 (35.7) | | |

8.-Desconocimiento del lugar

| Categoría | TA | TD | χ^2 | P |
|-----------|----------|----------|----------|--------|
| | N (%) | N (%) | 27.0 | 0.0000 |
| 2 | 9 (64.3) | | | |
| 3 | 5 (35.7) | | | |
| 4 | | 8 (57.1) | | |
| 5 | | 6 (42.9) | | |

9.-Ir al baño o bañarse

| Categoría | TA | TD | χ^2 | P |
|-----------|--------|-----------|----------|--------|
| | N (%) | N (%) | 18.90 | 0.0001 |
| 1 | 7 (50) | | | |
| 2 | 7 (50) | 3 (21.4) | | |
| 3 | | 11 (78.6) | | |

10.-Uso de Auxiliares Ortopédicos

| Categoría | TA | TD | χ^2 | P |
|-----------|-----------|-----------|----------|--------|
| | N (%) | N (%) | 11.0 | 0.0000 |
| 1 | 11 (78.6) | 2 (14.3) | | |
| 2 | 3 (21.4) | 12 (85.7) | | |

Posteriormente para realizar la prueba de consistencia interna se procedió a hacer la comparación con resultados cruzados entre las 2 estrategias y determinar si existía una diferencia significativa entre ellas y la cual quedó de la siguiente manera:

RESULTADOS CRUZADOS

1.-Mobiliario Inestable

| Categoría | TA | PA | χ^2 | P |
|-----------|----------|----------|----------|--------|
| | N (%) | N (%) | 2.0 | 0.3513 |
| 2 | 5 (35.7) | 4 (28.6) | | |
| 3 | 9 (64.3) | 8 (57.1) | | |
| 4 | | 2 (14.3) | | |

En este caso la chi cuadrada indica un resultado no significativo entre los resultados en la estrategia tradicional antes de la aplicación de la estrategia (TA) y la estrategia participativa antes de la aplicación de la estrategia. (PA)

2.- Mala Iluminación

| Categoría | TA | PA | χ^2 | P |
|-----------|----------|----------|----------|--------|
| | N (%) | N (%) | 8.7 | 0.0332 |
| 2 | 4 (28.6) | 1 (7.1) | | |
| 3 | 9 (64.3) | 7 (50) | | |
| 4 | | 6 (42.9) | | |
| 5 | 1 (7.1) | | | |

3.-Pisos Resbalosos

| Categoría | TA | PA | χ^2 | P |
|-----------|-----------|-----------|----------|--------|
| | N (%) | N (%) | 0.18 | 0.6682 |
| 2 | 10 (71.4) | 11 (78.6) | | |
| 3 | 4 (28.6) | 3 (21.4) | | |

4.-Pisos Desnivelados

| Categoría | TA | PA | χ^2 | P |
|-----------|----------|----------|----------|--------|
| | N (%) | N (%) | 2.59 | 0.2732 |
| 1 | 6 (42.9) | 9 (64.3) | | |
| 2 | 6 (42.9) | 5 (35.7) | | |
| 3 | 2 (14.3) | | | |

5.-Alfombras o Tapetes Arrugados

| Categoría | TA | PA | χ^2 | P |
|-----------|-----------|----------|----------|--------|
| | N (%) | N (%) | 2.70 | 0.1003 |
| 1 | 12 (85.7) | 8 (57.1) | | |
| 2 | 2 (14.3) | 6 (42.9) | | |

6.-Escaleras Inseguras

| Categoría | TA | PA | χ^2 | P |
|-----------|----------|-----------|----------|--------|
| | N (%) | N (%) | 1.86 | 0.3945 |
| 2 | 7 (50) | 10 (71.4) | | |
| 4 | 6 (42.9) | 4 (28.6) | | |
| 5 | 1 (7.1) | | | |

7.-Calzado Inadecuado

| Categoría | TA | PA | χ^2 | P |
|-----------|-----------|-----------|----------|--------|
| | N (%) | N (%) | 0.23 | 0.6280 |
| 2 | 11 (78.6) | 12 (85.7) | | |
| 4 | 3 (21.4) | 2 (14.3) | | |

8.-Desconocimiento del lugar

| Categoría | TA | PA | χ^2 | P |
|-----------|----------|----------|----------|--------|
| | N (%) | N (%) | 10.66 | 0.0048 |
| 2 | 8 (57.1) | 9 (64.3) | | |
| 3 | | 5 (35.7) | | |
| 4 | 6 (42.9) | | | |

9.-Ir al baño o bañarse

| Categoría | TA | PA | χ^2 | P |
|-----------|-----------|--------|----------|--------|
| | N (%) | N (%) | 2.40 | 0.1213 |
| 1 | 11 (78.6) | 7 (50) | | |
| 2 | 3 (21.4) | 7 (50) | | |

10.-Auxiliares Ortopédicos

| Categoría | TA | PA | χ^2 | P |
|-----------|-----------|-----------|----------|--------|
| | N (%) | N (%) | 0.0 | 1.0000 |
| 1 | 11 (78.6) | 11 (78.6) | | |
| 2 | 3 (21.4) | 3 (21.4) | | |

RESULTADOS CRUZADOS

En este caso se comparan los resultados entre los resultados obtenidos posterior a la aplicación de ambas estrategias educativas

1.-Mobiliario Inestable

| Categoría | TD | PD | χ^2 | P |
|-----------|-----------|----------|----------|--------|
| | N (%) | N (%) | 0.60 | 0.4385 |
| 4 | 10 (71.4) | 8 (57.1) | | |
| 5 | 4 (28.6) | 6 (42.9) | | |

2.-Mala Iluminación

| Categoría | TD | PD | χ^2 | P |
|-----------|-----------|--------|----------|--------|
| | N (%) | N (%) | 1.30 | 0.2543 |
| 4 | 4 (28.6) | 7 (50) | | |
| 5 | 10 (71.4) | 7 (50) | | |

3.-Pisos Resbalosos

| Categoría | TD | PD | χ^2 | P |
|-----------|----------|----------|----------|--------|
| | N (%) | N (%) | 4.45 | 0.1080 |
| 2 | 2 (14.3) | | | |
| 3 | 8 (57.1) | 5 (35.7) | | |
| 4 | 4 (28.6) | 9 (64.3) | | |

4.-Pisos Desnivelados

| Categoría | TD | PD | χ^2 | P |
|-----------|----------|----------|----------|--------|
| | N (%) | N (%) | 1.31 | 0.5184 |
| 1 | 1 (7.1) | | | |
| 2 | 7 (50) | 6 (42.9) | | |
| 3 | 6 (42.9) | 8 (57.1) | | |

5.-Alfombras o Tapetes Arrugados

| Categoría | TD | PD | χ^2 | P |
|-----------|-----------|-----------|----------|--------|
| | N (%) | N (%) | 0.0 | 1.0000 |
| 1 | 3 (21.4) | 3 (21.4) | | |
| 2 | 11 (78.6) | 11 (78.6) | | |

6.-Escaleras Inseguras

| Categoría | TD | PD | χ^2 | P |
|-----------|----------|----------|----------|--------|
| | N (%) | N (%) | 1.40 | 0.4949 |
| 2 | 1 (7.1) | | | |
| 4 | 4 (28.6) | 6 (42.9) | | |
| 5 | 9 (64.3) | 8 (57.1) | | |

7.-Calzado Inadecuado

| Categoría | TD | PD | χ^2 | P |
|-----------|-----------|----------|----------|--------|
| | N (%) | N (%) | 5.06 | 0.0244 |
| 4 | 3 (21.4) | 9 (64.3) | | |
| 5 | 11 (78.6) | 5 (35.1) | | |

8.-Desconocimiento del lugar

| Categoría | TD | PD | χ^2 | P |
|-----------|----------|----------|----------|--------|
| | N (%) | N (%) | 1.25 | 0.2642 |
| 4 | 5 (35.7) | 8 (57.1) | | |
| 5 | 9 (64.3) | 6 (42.9) | | |

9.-Ir al baño o bañarse

| Categoría | TD | PD | χ^2 | P |
|-----------|----------|-----------|----------|--------|
| | N (%) | N (%) | 1.42 | 0.2332 |
| 2 | 6 (42.9) | 3 (21.4) | | |
| 3 | 8 (57.1) | 11 (78.6) | | |

10.-Uso de Auxiliares Ortopédicos

| Categoría | TD | PD | χ^2 | P |
|-----------|-----------|-----------|----------|--------|
| | N (%) | N (%) | 0.82 | 0.3657 |
| 1 | 4 (28.6) | 2 (14.3) | | |
| 2 | 10 (71.4) | 12 (85.7) | | |

Por último se realiza la comparación en general de los conocimientos de los Adultos mayores antes y después de la aplicación de ambas estrategias obteniendo los siguientes resultados:

1.-Estrategia Tradicional

| Categoría | TA | TD | X_2 | P |
|-----------|----------|-----------|-------|--------|
| | N (%) | N (%) | 27.0 | 0.0000 |
| 1 | 2 (14.3) | | | |
| 2 | 6 (42.9) | | | |
| 3 | 6 (42.9) | | | |
| 4 | | 11 (78.6) | | |
| 5 | | 3 (21.4) | | |

Donde la estadificación se realizó de la siguiente manera:

5= Excelente 4= Muy Bueno 3= Bueno 2= Regular 1= Malo

2.-Estrategia Participativa

| Categoría | PA | PD | X_2 | P |
|-----------|----------|-----------|-------|--------|
| | N (%) | N (%) | 18.09 | 0.0012 |
| 1 | 4 (28.6) | | | |
| 2 | 1 (7.1) | | | |
| 3 | 6 (42.9) | | | |
| 4 | 3 (21.4) | 10 (71.4) | | |
| 5 | | 4 (28.6) | | |

XI.- DISCUSIONES

La Educación para la salud es esencial en la prevención de caídas en el adulto mayor, pues es importante informar de la importancia de conocer las diversas consecuencias físicas, económicas, y sociales que se derivan de una caída, y de conocer las múltiples medidas de prevención para sufrirlas tanto en el hogar como en la vía pública. Para esto la educación participativa es importante para lograr un conocimiento significativo sobre la prevención (16)

La aplicación de una estrategia educativa participativa o promotora de la participación en el paciente adulto mayor mejora el nivel de conocimiento del sobre la prevención de caídas disminuyendo la incidencia de éstas en el paciente institucionalizado. (19)

Peredo y Cols. en su estudio Impacto de una estrategia educativa participativa en el control de la hipertensión arterial concluyen que una estrategia educativa promotora de la participación promueve un mayor conocimiento sobre el control de la presión arterial con respecto a la aplicación de una estrategia educativa tradicional. (23)

Cabrera-Pivaral y Cols. En su estudio efectos de una intervención educativa sobre los niveles plasmáticos de LDL en pacientes diabéticos concluyeron que una estrategia educativa participativa mejora el nivel de conocimiento del paciente diabético con respecto a su manejo y dieta disminuyendo los niveles del LDL en comparación a una estrategia educativa tradicional. (26)

En México, de acuerdo a la literatura revisada no existe un estudio que haga hincapié a la aplicación de una estrategia educativa participativa sobre la prevención de caídas en el adulto mayor.

El diseño del instrumento que se empleó para medir el nivel de conocimiento del adulto mayor sobre la prevención de caídas considera los principales indicadores para su evaluación, utilizando fotografías con situaciones de riesgo reales y frecuentes en la vida diaria de las personas de ésta edad, por lo que posee atributos de confiabilidad de acuerdo a la evaluación por los expertos, al tiempo que los

procedimientos de validación de contenido y criterio le confieren pertinencia para éste estudio.

Las técnicas de motivación, participación y autocuidado han demostrado una mejora en el nivel de conocimiento sobre el paciente adulto mayor contribuyendo al control de los factores de riesgo que afectan su calidad de vida, entre ellos la presencia de caídas. (45)

Los resultados de nuestro estudio fueron confirmados por medio del análisis estadístico entre los grupos de estudio. Encontramos que el nivel de conocimiento de los adultos mayores con respecto a la prevención de caídas antes de la aplicación de la estrategia tradicional se calificó desde regular a bueno y posterior a la aplicación de la estrategia educativa el nivel fue de muy bueno a excelente contando con una chi cuadrada de 27 y una P de 0.0000 mostrando una diferencia estadística significativa al respecto

En cuanto al grupo donde se aplicó una estrategia educativa participativa el nivel de conocimientos sobre la prevención de caídas en el adulto mayor antes de la aplicación de ésta era de regular a muy bueno y posterior a la aplicación de la estrategia fue de muy bueno a excelente con una chi cuadrada de 18.09 y una P de 0.0012 siendo estadísticamente significativa.

Con respecto a la evaluación por indicadores encontramos que en la estrategia tradicional antes y después de la aplicación la gran mayoría de estos presentó diferencias estadísticas significativas con excepción en el uso de auxiliares ortopédicos y pisos desnivelados en donde no hubo diferencias.

En comparación con la estrategia tradicional, en el grupo al que se aplicó la estrategia educativa participativa presentó diferencias significativas en todos los indicadores.

Los resultados de ésta investigación, aunque limitados por medir el nivel de conocimiento del adulto mayor sobre la prevención de caídas solo después de una sola aplicación de una estrategia educativa participativa y en comparación con el

resultado de una estrategia educativa tradicional muestra que el nivel de conocimiento mejora de manera significativa con una estrategia promotora de la participación esperando la aplicación de éste a la diferentes situaciones de riesgo en la vida diaria de las personas de ésta edad disminuyendo la incidencia de caídas y así contribuir a mejorar un poco su calidad de vida.



XII.- CONCLUSIONES

Los resultados muestran que el nivel de conocimiento de los adultos mayores sobre la prevención de caídas antes y después de la aplicación de una estrategia educativa tradicional muestra una mejoría significativa a excepción de 2 de los indicadores en donde no se mostró diferencia alguna.

-Con respecto al nivel de conocimiento de los adultos mayores sobre la prevención de caídas antes y después de la aplicación de una estrategia educativa participativa la diferencia estadística ha sido significativa en todos los indicadores demostrando así una mejora de cerca del 30%.

-El nivel de conocimiento de los adultos mayores sobre la prevención de caídas en el grupo que se le aplicó una estrategia educativa tradicional varió de regular a muy bueno

-En tanto que el nivel de conocimiento de los adultos mayores sobre la prevención de caídas en el grupo en donde se le aplicó una estrategia educativa participativa varió de regular a excelente.

-En síntesis nuestro estudio demuestra que existe una mejoría en el nivel de conocimiento sobre la prevención de caídas en el adulto mayor en ambos grupos después de la aplicación de ambas estrategias, sin embargo en el grupo donde se aplicó una estrategia educativa participativa la diferencia estadística es mayor en comparación a la estrategia tradicional.

-Se concluye que ante la aplicación de una estrategia educativa promotora de la participación en el adulto mayor existe una mejoría mayor en el nivel de conocimiento en la prevención de caídas, permitiendo que éste nuevo conocimiento sea significativo para las personas de ésta edad y poderlo aplicar a las situaciones de riesgo de la vida diaria disminuyendo la incidencia de caídas y contribuyendo a mejorar su calidad de vida.

-La mejora de los programas educativos de salud en el adulto mayor tendiendo hacia un método de tipo participativo no solo contribuye a la disminución de la incidencia

de caídas mejorando la calidad de vida de las personas de ésta edad sino que representa menores costos hospitalarios derivados de las múltiples complicaciones de ésta patología a las instituciones de salud.



XIV.- PROPUESTAS

- 1.- Continuar buscando estrategias educativas de tipo participativo para mejorar el nivel de conocimiento de adulto mayor sobre las diversas patologías relacionadas con su edad y contribuir a seguir mejorando su calidad de vida.
- 2.-Es importante que el médico de primer contacto se continúe capacitando sobre diversas estrategias de educación de tipo participativo y lograr que el nivel de conocimiento del paciente adulto mayor sobre la prevención de caídas sea significativo y pueda aplicarlo a las situaciones de riesgo en su vida diaria disminuyendo de ésta manera la incidencia de éstas y la presencia de complicaciones.
- 3.-Para futuras investigaciones es conveniente valorar la influencia de la aplicación de estrategias educativas participativas y el desarrollo de ambientes académicos para profundizar, mejorar el nivel de conocimiento en el paciente adulto mayor sobre sus diversas patologías y tratar de verificar si efectivamente se contribuye a mejorar su calidad de vida.

XV.- BIBLIOGRAFIA

1.-

http://www.copo.df.gob.mx/eventos/especiales/dia_nac_adultomayor.html 12-08-07

2.- <http://www.conapo.gob.mx/prensa/2007/prensa302007.pdf> 12 08 07

4.- .-

<http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=msoc02&c=4092&e=01> 10-02-07

3.-

<http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=msoc04&c=4093&e=01> 31 08 07

5.- <http://www.conapo.gob.mx/prensa/2006/prensa302006.pdf> 31 08 07

6.-Albala C, Lebrao ML, León EM, Ham-Chande R, Hennis AJ Y Cols. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento(SABE): Metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. Rev Panam Salud Pública (Pan Am) Public Health 2005; 17(5/6): 307-322.

7.-Guía PREVENIMSS de atención al adulto mayor de 59 años

8.- http://conapra.salud.gob.mx/archivos/poliptico_acuerdo.pdf 15 08 07

9.-Vázquez CA, Insfrán M, Cobos H. Papel de la experiencia docente en estrategias educativas promotoras de la participación. Rev Med IMSS 2003; 41(1): 23-29

10.-
http://www.imss.gob.mx/dpm/dties/Celula.aspx?ID=SC06_00_00_01_03&OPC=opc07&SRV=A2005 12-02-07

11.-
<http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=mpob44&c=3875&e=01> 12-02-07

12.-Contreras J, Sáez M, Toledo B y Cols. La educación para la salud bucodental en estudiantes del Politécnico de la Salud “Julio Trigo López”. Medicentro 2004; 8(2): 202-208.

13.- <http://edumed.imss.gob.mx/edumed/>

14.- Programa para la atención a la Salud del Adulto Mayor. Dirección de Prestaciones Médicas IMSS 1999

15. http://www.imss.gob.mx/IMSS/IMSS_SITIOS/DPM/Servicios/PREVENIMSS/ 12-02-07

16.-Puente G, Salinas AM, Villarreal E y Cols. Estrategia Educativa para el control del paciente diabético tipo 2. Rev Enferm 1999; 7(2): 93-98

17.- Hernández M, García R, Pérez D, Ramos D. Información sobre prevención de accidentes que poseen adultos y niños a su cuidado. Rev Cubana Hig Epidemiol 2001; 39(2): 95-100

18.-Díaz L, Barrera AC, Pacheco I. Incidencia de Caídas en el Adulto Mayor Institucionalizado. Rev Cubana Enfermer 1999;15(1): 34-38.

19.- Gac H, Marín PP, Castro S, Hoyl T, Valenzuela E. Caídas en adultos mayores institucionalizados. Descripción y Evaluación Geriátrica Rev Med Chile 2003; 131:887-894.

20.- http://www.almageriatria.org/documentos/guia_clinica/03Guias/Guia05.pdf

21.-Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo, un marco político. Rev Esp Geriatr Gerontol 2002; 37(52): 74-105

22.-De Santillana SP, Alvarado LE, Medina GR y Cols. Caídas en el adulto mayor, factores intrínsecos y extrínsecos. Rev Med IMSS 2002; 40(6): 489-493.

23.- Peredo P, Gómez VM, Sánchez R, Navarrete A, Gracia ME. Impacto de una estrategia educativa participativa en el control de la Hipertensión Arterial. Rev Med IMSS 2005; 43: 125-129

24.- Díaz L, Barrera AC, Pacheco I. Incidencia de Caídas en el Adulto Mayor Institucionalizado. Rev Cubana Enfermer 1999;15(1): 34-38.

25.-Segundo E, De León R. Cambios antropométricos derivados de la orientación nutricional del grupo de ayuda de obesidad en el adulto mayor. Salud Pública de México 2006, 40: (2) :234-238

26.-Cabrera Pivaral CE, González-Pérez G, Vega-López MG, Centeno-López M. Efectos de una intervención educativa sobre los niveles plasmáticos de LDL Colesterol en diabéticos tipo 2. Salud Pública de México 2001; 43(6): 556-561

27.- Núñez L, Sanjurjo M, González E. y Rodríguez L. Intervención educativa sobre gerontes institucionalizados de zona rural. Rev Cubana Estomatol 2006; 43 (4) : 18-26

28.- <http://www.monografias.com/trabajos/preven/preven.shtml>. 14-02-07

29.- http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf 18-06-07

30.- <http://www.medynet.com/elmedico/aula2003/tema3/salud2.htm> 18-10-07

31.- García T. La educación en el Adulto Mayor. Antecedentes y Perspectivas, Universidad Central de las Villas, Cuba 2007; 1: 270-275

32.- <http://www2.udec.cl/ofem/recs/anteriores/vol322006/esq32.htm> 30-11-2007

33.- http://www.espaciologopedico.com/articulos2.php?ld_articulo=241 30-11-07

34.- <http://www.monografias.com/trabajos26/aprendizaje-significativo/aprendizaje-significativo.shtml> 1-11.2007

35.- <http://es.wikipedia.org/wiki/Conocimiento> 26-01-2008

36.- <http://d-228.ubiobio.cl/nuevacarpeta/taxonomiabloom.html> 26-01-2008

37.- Mergel B, Perkins L. Diseño Instruccional y Teoría del Aprendizaje. NEJM 1998; 26: 3-35

38.- <http://www.monografias.com/trabajos10/dapa/dapa.shtml> 31-10-07

39.- <http://cmc.ihmc.us/papers/cmc2004-290.pdf> 31-10-07

40.-

<http://redescolar.ilce.edu.mx/redescolar/biblioteca/articulos/pdf/Lectura%201%20Teor%EDas.pdf> 1-11-2007

41.-

http://cmapserver.unavarra.es/servlet/SBReadResourceServlet?rid=10861847413001117308985_707 1-11-2007

42.-

http://72.14.253.104/search?q=cache:UvuLeg19zFAJ:ceces.upr.edu.cu/centro/repositorio/psicologia_educativa/AUSBEL%2520APRED,%2520SIGNIFICATIVO.pdf+teoria+del+aprendizaje+significativo&hl=es&ct=clnk&cd=30&gl=mx 1-11-2007

43.- 43.-Estrategias Docentes para un aprendizaje significativo, una interpretación constructivista. Díaz-Barriga F y Hernández G. Editorial McGraw-Hill, 2ª. Edición, México 2007. Págs. 231- 268.

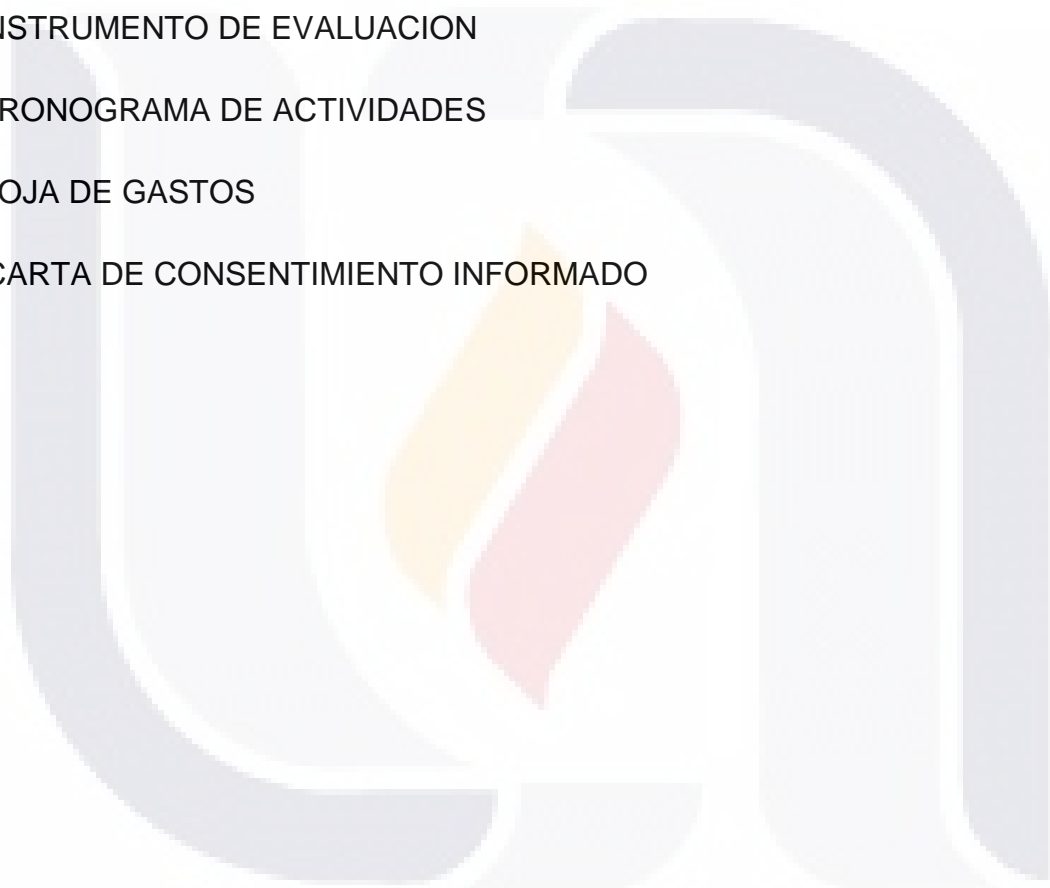
44.- González-Carmona B, López-Roldán VM, Trujillo-De los Santos Z, Escobar-Rodríguez AD, Valeriano-Ocampo J y Cols. Guía de Práctica Clínica para la prevención de caídas en el adulto mayor. Rev Med IMSS 2005; 43: 425-441

45.- Guía de Diagnóstico y Manejo de Caídas, OPS 2003, Págs. 167-179.

46.-Cabrera-Pivaral, González-Pérez, Vega-López, Arias-Merino. Impacto de la educación participativa en el índice de masa corporal y glicemia en individuos obesos con diabetes tipo 2. Cad. Saude Pública, Río de Janeiro 2004, 20(1): 275.281.

ANEXOS

- 1.-OPERACIONALIZACION DE VARIABLES
- 2.-PROGRAMA EDUCATIVO DEL ESTUDIO
- 3.-INSTRUMENTO DE EVALUACION
- 4.-CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
- 5.-HOJA DE GASTOS
- 6.- CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



ANEXO No. 1 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

OBJETO DE ESTUDIO: GRADO DE CONOCIMIENTOS EN PREVENCION DE CAIDAS EN EL ADULTO MAYOR

OBJETIVO GENERAL: Medir el nivel de conocimientos en la prevención de caídas en el Adulto Mayor

| OBJETIVO | CONCEPTO | DIMENSIONES | VARIABLES | INDICADORES | INDICES |
|--|---|---|---|---|---|
| <p>Medir el nivel de conocimientos sobre la Prevención de caídas en el Adulto Mayor antes y después de la aplicación de una estrategia educativa promotora de la participación</p> | <p>Nivel de conocimientos en la Prevención de caídas en el Adulto Mayor (Es la información que tiene una persona mayor de 60 años de edad sobre como evitar una caída)</p> <p>-Prevención (Información que tiene el Adulto mayor sobre la manera de evitar los riesgos de una caída mediante la promoción a la salud y protección específica)</p> | <p>Información(Es un conjunto de datos que tiene el AM sobre la prevención de caídas en el hogar, la vía pública, lugares de recreación)</p> <p>Promoción a la salud (Es el proceso que permite al adulto mayor incrementar el control sobre su salud para la prevención de caídas)</p> <p>-Protección Específica (Es el conjunto de actividades. Procedimientos e intervenciones que para ayudar al adulto mayor en la prevención de caídas)</p> | <p>- Variación en lo que sabe el adulto mayor sobre la prevención de caídas antes y después de la aplicación de una estrategia educativa participativa en: el hogar (escaleras, dormitorio, baño, recámara)</p> <p>Vía Pública (escaleras, subidas, bajadas, pisos irregulares, edificios de difícil acceso físico)</p> <p>lugares de recreación (parques, jardines, lugares con exceso de gente)</p> <p>-Variación de lo que ya sabe el adulto mayor sobre prevención de caídas en cuanto a promoción a la salud</p> <p>-Variación de lo que ya sabe el adulto mayor sobre prevención de caídas en cuanto a protección específica</p> | <p>-Mobiliario Inestable</p> <p>-Mala Iluminación</p> <p>-Piso Resbaloso</p> <p>-Pisos Desnivelados</p> <p>-Alfombras o Tapetes arrugados</p> <p>-Escaleras Inseguras</p> <p>-Calzados Inadecuados</p> <p>-Desconocimiento del lugar</p> <p>-Ir al baño o bañarse</p> <p>-Uso de Auxiliares Ortopédicos</p> <p>-Que tanto sabe el adulto mayor sobre lo que es su estado de salud y como interviene como riesgo para sufrir una caída</p> <p>-Que tanto sabe lo que acciones debe realizar el AM ante una situación de riesgo que pueda provocar una caída.</p> | <p>Será de acuerdo al número de aciertos obtenidos en el cuestionario autoadministrado a los pacientes:</p> <p>43-40 aciertos= 100 (excelente)</p> <p>39-36 aciertos=90 (muy bueno)</p> <p>35-32 aciertos=80(bueno)</p> <p>31-28 aciertos= 70(regular)</p> <p>27-24 aciertos= 60 (malo)</p> <p>Menos de 24 aciertos= 50 (malo)</p> |

ANEXO No. 2 ELABORACION DE CUESTIONARIOS II

| ITEMS | PREGUNTAS EN CASO DE ENTREVISTAS O CUESTIONARIOS | FUENTE DE INFORMACION | METODO DE RECOLECCION DE DATOS | INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS |
|--|--|---|---|-------------------------------------|
| <p>Son medidas preventivas para evitar una caída:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.-Utilizar zapatos con suela de baqueta 2.-Al subir las escaleras debe elevar la cabeza y mirar al frente 3.-Al subir los escalones que se tome de la barandilla 4.-Subir despacio y tranquilamente la escalera 5.-Utilizar lentes para ver mejor. 6.-Utilizar los lentes para ver mejor 7.-Acompañarse por otra persona 8.-Observar si existen desniveles en la escalera. 9.-Ver si existen objetos tirados en la escalera 10.-Detenerse cuando se sienta cansado al subir la | <p>Del tipo verdadero, falso y no sé</p> | <p>Adultos Mayores de la UMF # 7 de la Delegación IMSS Aguascalientes</p> | <p>Cuestionario para medir el nivel de conocimiento sobre prevención de caídas en al adulto mayor</p> | <p>Cuestionario autoaplicado</p> |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| <p>escalera</p> <p>11.-Utilizar zapatos con suela de goma para caminar.</p> <p>12.-Revisar que el piso esté seco.</p> <p>13.-Prender la luz de la cocina para tener mayor visibilidad.</p> <p>14.-Subirse a un banco para alcanzar la alacena.</p> <p>15.-Pedir ayuda a un familiar para que le baje lo que necesita.</p> <p>16.-Ver que no existan objetos tirados en el piso de la cocina.</p> <p>17.-Caminar por el suelo recién trapeado.</p> <p>18.-Pisar sobre una loseta suelta.</p> <p>19.-Prender la luz de la recámara antes de levantarse.</p> <p>20.-Levantarse lo más rápido posible para ir al baño.</p> <p>21.-Quitar el tapete que está cerca de su cama.</p> <p>22.-Utilizar éste tipo de</p> | | | | |
|--|--|--|--|--|

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| <p>huarache. 23.-Apoyarse de un lugar fijo al levantarse. 24.-Llevar menor cantidad de ropa al bajar la escalera. 25.-Colocar unas cintas antiderrapantes al inicio y al final de la escalera. 26.-Ver que los escalones de la escalera no tengan irregularidades. 27.-Utilizar lentes y quitárselos hasta el momento del baño. 28.-Tener un tapete en la regadera de su baño. 29.-Usar sandalias de goma para bañarse. 30.-Tener agarraderas en la regadera del baño. 31.-Pedir ayuda a un familiar para secarse y vestirse. 32.- Prender la luz del baño para tener mejor visibilidad. 33.-Si Doña María usara andadera, colocar una rampa antiderrapante. 34.-Pedir ayuda a un</p> | | | | |
|---|--|--|--|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| <p>familiar para bañarse. 35.-Poner una silla debajo de la regadera para bañarse. 36.-Acompañarse de otra persona durante su paseo. 37.-Detenerse y sentarse por unos momentos en caso de sentirse cansado. 38.-Si en la calle hay un semáforo atravesar cuando la luz esté en rojo. 39.-Rodear las raíces de los árboles si salen de la banqueta. 40.-Utilizar bastón o andadera al caminar 41.-Rodear la banqueta si se encuentra mojada 42.-Atravesar la calle hasta llegar a la esquina. 43.-Levantar la basura tirada en la calle.</p> | | | | |
|--|--|--|--|--|

ANEXO No. 3 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES INDEPENDIENTES

| | | | | | |
|--------------|------------|---|--|---|---------------------------|
| EDAD | Covariable | Tiempo que ha vivido una persona | Edad cumplida en años hasta que se aplica el cuestionario | No categórica, cuantitativa, numérica, discreta | Cuestionario Autoaplicado |
| GENERO | Covariable | Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas. | Identidad de género ya sea masculino o femenino | Categórica Nominal Masculino Femenino | Cuestionario Autoaplicado |
| ESTADO CIVIL | Covariable | Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes | En términos de tipo legal: soltero, casado, viudo, divorciado, al momento de aplicarle el cuestionario | Categórica Nominal Soltero Casado Viudo Divorciado | Cuestionario autoaplicado |
| OCUPACION | Covariable | Es la actividad a la que se dedica una persona para subsistir | Actividad a la que se dedica al momento del cuestionario | Categórica, nominal: empleado, jubilado, pensionado | Cuestionario autoaplicado |

ANEXO No. 4 UNIVERSO DE TRABAJO Y MUESTRA

| OBJETIVO GENERAL | UNIVERSO DE TRABAJO | UNIDAD MUESTRAL | UNIDAD DE OBSERVACION | TAMAÑO DE LA MUESTRA | PARAMETROS UTILIZADOS |
|--|---|--|------------------------------|--|---|
| <p>Medir el nivel de conocimientos del adulto mayor sobre la prevención de caídas antes y después de la aplicación de una estrategia educativa promotora de la participación en comparación con una estrategia tradicional</p> | <p>Grupos Naturales de Pacientes adultos mayores de la UMF # 7 de la Delegación IMSS Aguascalientes</p> | <p>Pacientes adultos mayores de la UMF # 7 Del IMSS Aguascalientes</p> | <p>Paciente adulto mayor</p> | <p>2 grupos naturales de pacientes adultos mayores de la UMF # 7</p> | <p>Son los porcentajes a utilizar con variabilidad del efecto con un nivel de confianza del 95%</p> |

ANEXO No. 5 PLAN DE ANALISIS

| OBJETIVOS ESPECIFICOS | VARIABLES | FRECUENCIAS % | MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL Y DISPERSION | RELACIONES O ASOCIACIONES SIMPLES | PRUEBAS DE HIPOTESIS |
|--|---|---|--|--|--|
| <p>-Identificar las características sociodemográficas de la población adulta mayor de la Delegación IMSS Aguascalientes</p> <p>-Diseñar una estrategia educativa promotora de la participación sobre la prevención de caídas</p> <p>-Planear una estrategia educativa promotora de la participación sobre la prevención de caídas</p> <p>-Ejecutar una estrategia educativa promotora de la participación sobre prevención de caídas</p> | <p>Variable Dependiente</p> <p>-Nivel de conocimiento sobre la prevención de caídas</p> <p>Variables Independientes</p> <p>Nominales y demográficas</p> <p>Edad (Tiempo que ha vivido una persona)</p> <p>Sexo (condición orgánica masculina o femenina del ser humano)</p> <p>Estado Civil</p> <p>Actividad Laboral</p> <p>Nivel de estudios</p> | <p>Describir cada una de las variables y su representación gráfica</p> <p>Edad cumplida en años hasta que se realiza el estudio</p> <p>Identidad de sexo masculino o femenino</p> | <p>Análisis Univariado</p> <p>Media</p> <p>Mediana</p> <p>Dispersión</p> | <p>Relación del nivel del conocimiento del adulto mayor sobre la prevención de caídas antes y después de la aplicación de una estrategia educativa participativa</p> | <p>Una estrategia educativa promotora de la participación incrementa el nivel de conocimientos sobre la prevención de caídas en el adulto mayor en más del 35%</p> |

ANEXOS DE CUADROS

Cuadro No. 1.- Distribución por edad

| EDAD | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa (%) |
|-------|---------------------|-------------------------|
| 63.00 | 4 | 14.3 |
| 64.00 | 3 | 10.7 |
| 65.00 | 4 | 14.3 |
| 66.00 | 3 | 10.7 |
| 67.00 | 2 | 7.1 |
| 70.00 | 1 | 3.6 |
| 72.00 | 4 | 14.3 |
| 73.00 | 1 | 3.6 |
| 74.00 | 1 | 3.6 |
| 75.00 | 1 | 3.6 |
| 77.00 | 1 | 3.6 |
| 78.00 | 2 | 7.1 |
| 80.00 | 1 | 3.6 |
| total | 28 | 100.0 |

Fuente: Cuestionario de Nivel de conocimientos sobre prevención de caídas en el Adulto Mayor

Cuadro No.2.- Distribución por sexo

| SEXO | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa (%) |
|---------|---------------------|-------------------------|
| HOMBRES | 9 | 32.1 |
| MUJERES | 19 | 67.9 |
| TOTAL | 28 | 100.0 |

Fuente: Cuestionario de Nivel de conocimientos sobre prevención de caídas en el Adulto Mayor

Cuadro No. 3.- Distribución por estado civil

| ESTADO CIVIL | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa (%) |
|--------------|---------------------|-------------------------|
| Solteros | 3 | 10.7 |
| Casados | 20 | 71.4 |
| Viudos | 5 | 17.9 |
| Total | 28 | 100.0 |

Fuente: Cuestionario de Nivel de conocimientos sobre prevención de caídas en el Adulto Mayor

Cuadro No. 4.- Distribución por Ocupación

| OCUPACION | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa (%) |
|------------|---------------------|-------------------------|
| Hogar | 16 | 57.1 |
| Pensionado | 7 | 25.0 |
| Jubilado | 4 | 14.3 |
| Trabaja | 1 | 3.6 |
| Total | 28 | 100.0 |

Fuente: Cuestionario de Nivel de conocimientos sobre prevención de caídas en el Adulto Mayor

Cuadro No.5.- Distribución por escolaridad

| ESCOLARIDAD | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa (%) |
|-------------------------|---------------------|-------------------------|
| Primaria Completa | 8 | 28.6 |
| Sabe Leer y Escribir | 7 | 25 |
| Secundaria Incompleta | 5 | 17.9 |
| Secundaria Completa | 2 | 7.1 |
| Primaria Incompleta | 3 | 10.7 |
| Preparatoria Incompleta | 2 | 7.1 |
| Preparatoria Completa | 1 | 3.6 |
| Total | 28 | 100.0 |

Fuente: Cuestionario de Nivel de conocimientos sobre prevención de caídas en el Adulto Mayor

Cuadro No. 6 Enfermedades Crónicas

| ENFERMEDAD | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa (%) |
|--------------------------|---------------------|-------------------------|
| Diabetes Mellitus | 6 | 22.2 |
| Hipertensión Arterial | 10 | 37.0 |
| Artritis Reumatoide | 3 | 11.1 |
| Enfermedades del Corazón | 3 | 11.1 |
| Dislipidemias | 1 | 3.7 |
| Lesiones de Columna | 1 | 3.7 |
| Lesiones de Rodilla | 3 | 11.1 |
| Epilepsia | 1 | 3.7 |
| Total | 28 | 100.0 |

Fuente: Cuestionario de Nivel de conocimientos sobre prevención de caídas en el Adulto Mayor

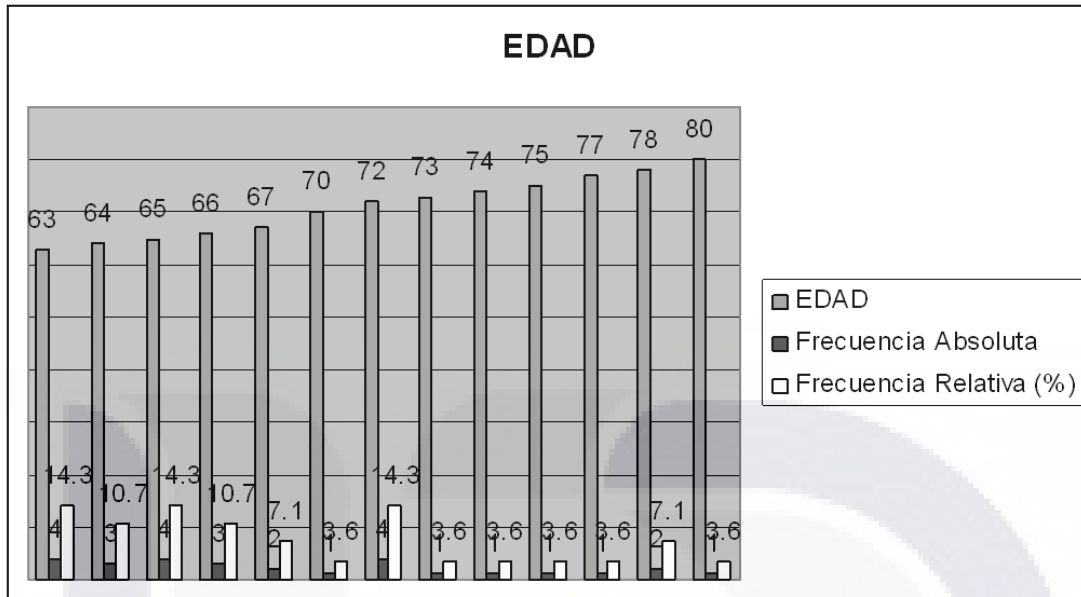
Cuadro No. 7 Presencia de caídas en los últimos 3 meses

| RESPUESTA | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa |
|-----------|---------------------|---------------------|
| SI | 15 | 53.6 |
| NO | 13 | 46.4 |
| Total | 28 | 100.0 |

Fuente: Cuestionario de Nivel de conocimientos sobre prevención de caídas en el Adulto Mayor

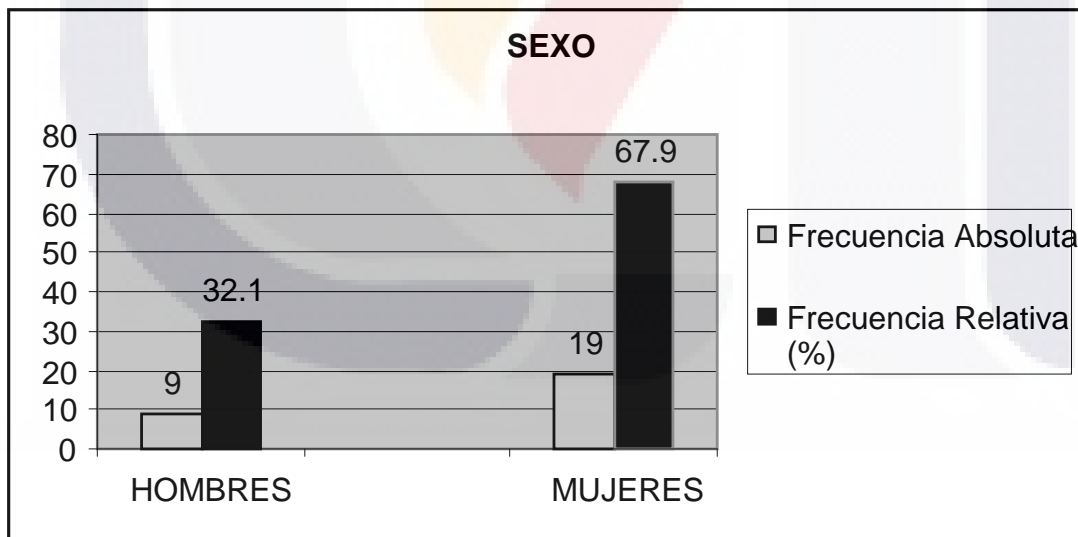
ANEXOS DE GRAFICAS

GRAFICA No. 1 EDAD



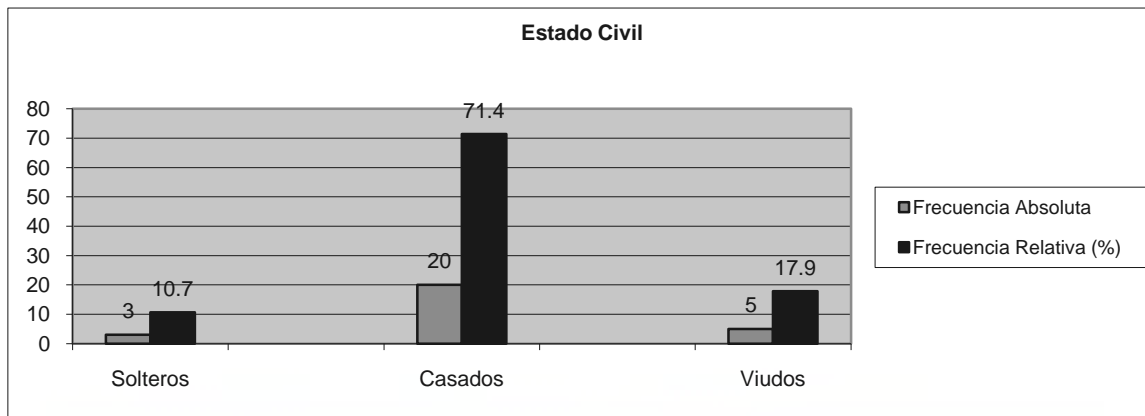
Fuente: Cuestionario de Nivel de conocimientos sobre prevención de caídas en el Adulto Mayor

GRAFICA No. 2 SEXO



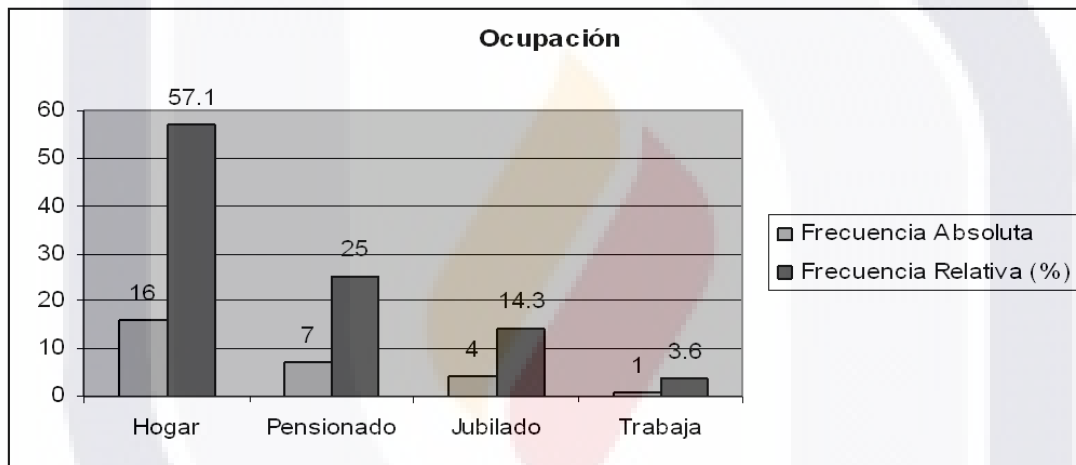
Fuente: Cuestionario de Nivel de conocimientos sobre prevención de caídas en el Adulto Mayor

GRAFICA No 3 ESTADO CIVIL



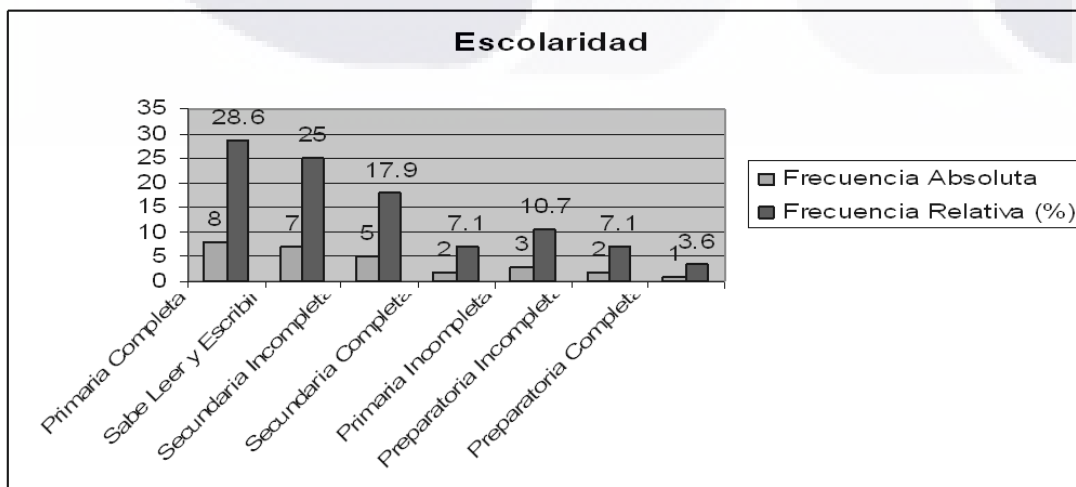
Fuente: Cuestionario de Nivel de conocimientos sobre prevención de caídas en el Adulto Mayor

GRAFICA No. 4 OCUPACION



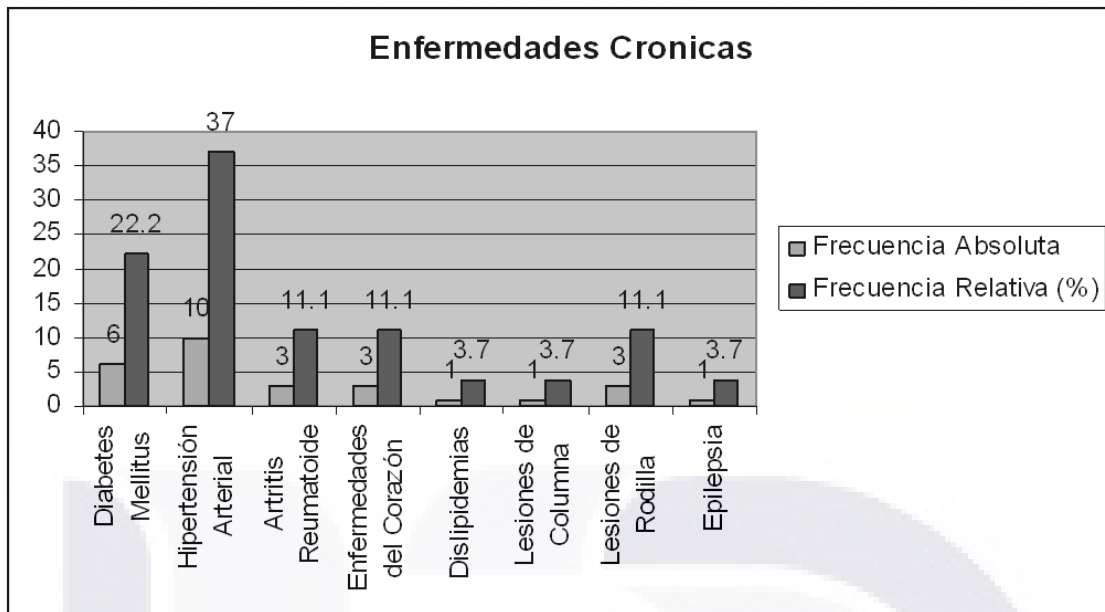
Fuente: Cuestionario de Nivel de conocimientos sobre prevención de caídas en el Adulto Mayor

GRAFICA No. 5 ESCOLARIDAD



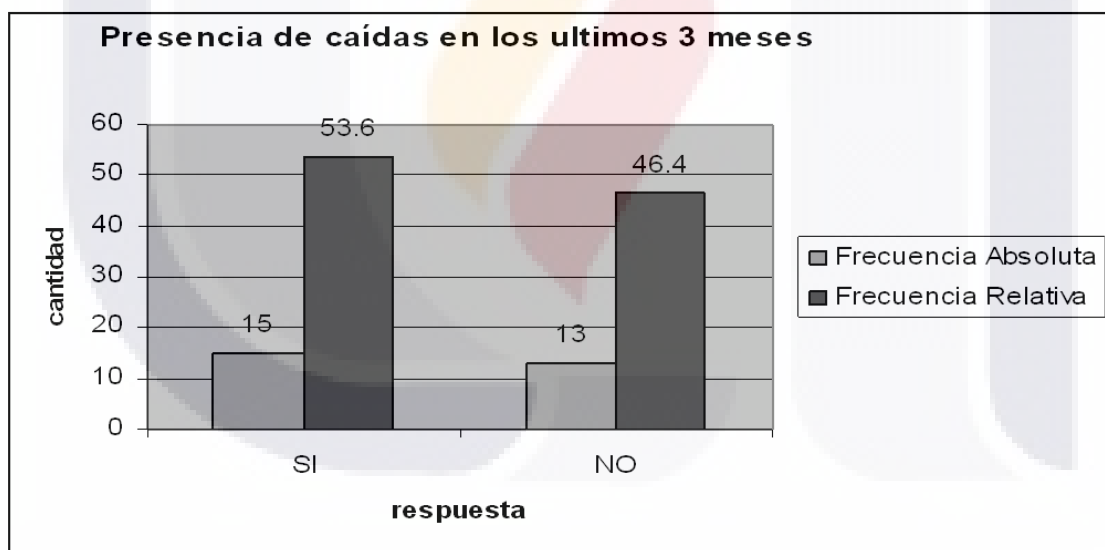
Fuente: Cuestionario de Nivel de conocimientos sobre prevención de caídas en el Adulto Mayor

GRAFICA No. 6 ENFERMEDADES CRONICAS



Fuente: Cuestionario de Nivel de conocimientos sobre prevención de caídas en el Adulto Mayor

GRAFICA No. 7 PRESENCIA DE CAIDAS EN LOS ULTIMOS 3 MESES



Fuente: Cuestionario de Nivel de conocimientos sobre prevención de caídas en el Adulto Mayor

RELACION DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA UMF No. 7 DEL IMSS DE LA DELEGACION AGUASCALIENTES EL DIA 11 04 2008

1.-Previo acuerdo con el equipo de Trabajo Social de la UMF No. 7 se reunieron 2 grupos naturales de adultos mayores con los siguientes criterios de inclusión:

- Que sepan leer y escribir
- Que pertenezcan a la UMF No. 7
- Que no padezcan enfermedades neurológicas como Parkinson, Demencia Senil
- Que no padecieran enfermedades motoras que les impidan trasladarse a la unidad

2.-Se reunió el primer grupo de adultos mayores en el auditorio de la UMF No 7 al filo de las 10:00hrs teniendo la presencia de 18 personas con los requisitos antes mencionados.

3.- Se les dio breve introducción de tipo verbal sobre la importancia del tema de la prevención de caídas con duración aproximada de 10 minutos, con ayuda de algunas imágenes en power point sobre caídas

4.-Posteriormente con ayuda de equipo de cómputo, y cañón, se procedió a la proyección de video audiovisual del PREVENIMSS sobre el tema de la prevención de accidentes el cual tiene una duración aproximada de 10 minutos.

5.-Posteriormente se preguntó a los pacientes adultos mayores sobre dudas acerca del tema, sobre que les interesa saber sobre la prevención de caídas a lo cuál la mayoría de las respuestas fueron éstas:

- Definir lo que es una caída
- Cuáles son las principales causas de las caídas
- Cuáles son las consecuencias que se derivan de una caída
- Que se debe de hacer cuando una persona ha sufrido una caída
- Cuáles son las medidas de prevención de las caídas en la casa y en la calle

6.- Ante ésta situación se les comentó a los pacientes que se daría una mayor y mejor complementación del tema en una semana y en donde se les aplicaría un cuestionario al final de la exposición a lo cuál la mayoría de ellos estuvieron de acuerdo.

7.- Durante la introducción y posterior proyección del video se pudo observar que la atención hacia la actividad era adecuada ya que en la mayoría de las opiniones de éstas personas el abordaje de éste tema es importante para evitar complicaciones posteriores y mejorar la calidad de vida a corto, mediano y largo plazo.

8.- Durante la exposición se tuvo problemas con el audio del video ya que la computadora no proporcionó el suficiente para escuchar con mayor claridad, no se contó en estos momentos con bocinas adicionales para la mejora de esto.

9.- Al final del tema se proporcionó un refrigerio a las personas asistentes, observando que la gran mayoría de ellos se comprometieron a acudir nuevamente a la sesión en una semana para complementar dicho tema.

10.- Además se pudo observar que la motivación de estas personas fue adecuada a pesar de ser solo una introducción hacia el tema y que esperan y puedan obtener un mayor conocimiento sobre la prevención de caídas para poder aplicarlo a su vida diaria.

11.- Finalmente se pudo observar que existió una adecuada coordinación del servicio de Trabajo Social y de las asistentes médicas de la unidad con el fin de convocar a éste grupo para su posterior asistencia.

11.-Posteriormente por la tarde al filo de las 16:00hrs se realizó ésta misma actividad con otro grupo de adultos mayores, en donde hubo una mejoría importante del audio del video con la colocación de bocinas adicionales al equipo de cómputo.

12.- Las actividades tuvieron una misma duración, sin embargo el grupo de adultos mayores fue menor al del turno matutino contando con tan solo 12 personas de 18 esperadas.

13.- A diferencia del grupo de la mañana, en el grupo de la tarde se observó menor motivación hacia el tema y no todos los asistentes se comprometieron a regresar la semana siguiente por lo que se quedó de acuerdo con el equipo de trabajo social el trabajar para mejorar la convocatoria de asistentes para la realización de la actividad en una semana.

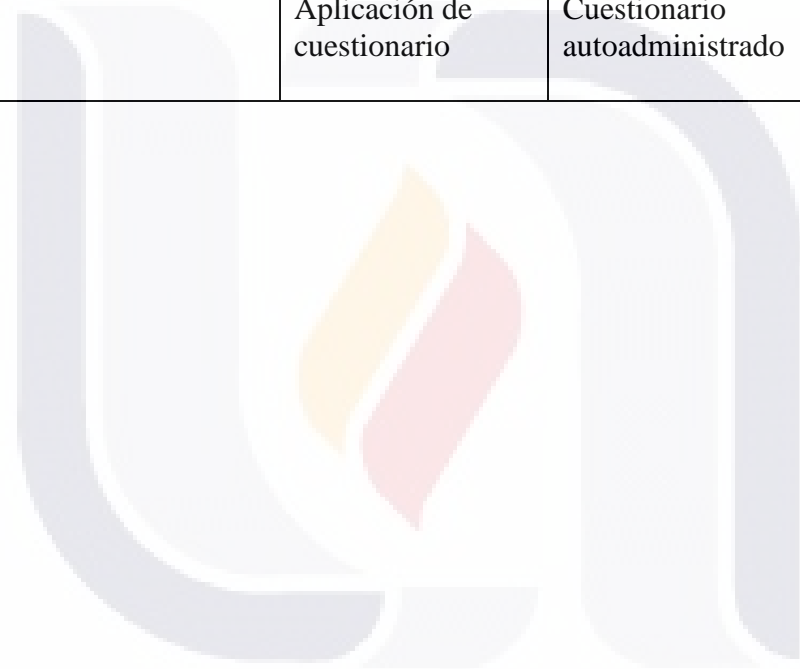
14.- Sin embargo a pesar de los problemas se pudo observar en general una aceptación de las personas adultos mayores hacia el tema a pesar de ser solo una introducción a una estrategia de tipo tradicional.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACION AGUASCALIENTES
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 7
 TEMA: PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR
 CARTA DESCRIPTIVA DE LA ESTRATEGIA PROMOTORA DE LA PARTICIPACION

| FECHA Y HORA | OBJETIVO OPERATIVO | CONTENIDO PROGRAMATICO | ACTIVIDAD DIDACTICA | MATERIAL DE APOYO | TIEMPO | PERSONA QUE COORDINA |
|--|--|---|--|--|------------|----------------------|
| 11 de abril del 2008 10:00 a 10:05hrs | Presentación del curso | Informar a los adultos mayores sobre la importancia de la prevención de caídas | Explicar la técnica de trabajo en el curso | Rotafolio Lápices Plumones Hojas de trabajo | 5 minutos | TS. Srita.Chayito |
| 10:05 a 10:15hrs | Aplicación de cuestionario | | Aplicación de cuestionario | Cuestionario autoadministrado | 10 minutos | |
| 10:15 a 10:25hrs | Introducción al tema prevención de caídas en el adulto mayor | Que es una caída Cuáles son los lugares más frecuentes donde se sufren las caídas Cuáles son las consecuencias de una caída | Introducción Verbal | Equipo de Cómputo Proyector de imágenes | 10 minutos | |

| | | | | | | |
|------------------|---|--|---|---|------------|--------------------|
| | | <p>Formas de prevenir una caída</p> <p>Tipos de caída</p> <p>Factores que pueden provocar una caída</p> <p>Enfermedades del adulto mayor que pueden relacionarse con las caídas</p> | | | | |
| 10:25 a 10:45hrs | <p>Indicaciones sobre la técnica de trabajo de discusión en pequeños grupos(2-4 personas por cada uno)</p> | <p>Que es una caída</p> <p>Cuáles son los lugares más frecuentes donde se sufren las caídas</p> <p>Cuáles son las consecuencias de una caída</p> <p>Formas de prevenir una caída</p> <p>Tipos de caída</p> <p>Factores que pueden provocar una caída</p> <p>Enfermedades del adulto mayor que pueden relacionarse con las caídas</p> | <p>Formación de grupos de discusión nombrando un presidente, un secretario y un vocal por cada equipo</p> | <p>Hojas de rotafolio</p> <p>Lápices</p> <p>Gomas</p> <p>Hojas de trabajo</p> <p>Plumones</p> | 20 minutos | TS. Srita. Chayito |

| | | | | | | |
|------------------|-----------------------------|---|--|-------------------------------|------------|--------------------|
| 10:45 a 10:55hrs | Conclusiones sobre el curso | Presentación de las conclusiones hechas por cada equipo y expuestas por el vocal de cada uno de ellos | Plenaria entre los grupos de discusión | Hojas de rotafolio Plumones | 10 minutos | TS. Srita. Chayito |
| 10:55 a 11:10 | Aplicación de cuestionario | | Aplicación de cuestionario | Cuestionario autoadministrado | 15 minutos | |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACION IMSS AGUASCALIENTES
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 7
 TEMA: PREVENCION DE CAIDAS EN EL ADULTO MAYOR
 ESTRATEGIA EDUCATIVA PROMOTORA DE LA PARTICIPACION

ABRIL DEL 2008

LISTA DE ASISTENCIA AL CURSO

| NOMBRE DEL PACIENTE | ANTES | | DESPUES | |
|---------------------|------------|--------------|------------|--------------|
| | ASISTENCIA | CALIFICACION | ASISTENCIA | CALIFICACION |
| 1.- | | | | |
| 2.- | | | | |
| 3.- | | | | |
| 4.- | | | | |
| 5.- | | | | |
| 6.- | | | | |
| 7.- | | | | |
| 8.- | | | | |
| 9.- | | | | |
| 10.- | | | | |
| 11.- | | | | |
| 12.- | | | | |
| 13.- | | | | |
| 14.- | | | | |
| 15.- | | | | |

 PROFESOR

 INVESTIGADOR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACION IMSS AGUASCALIENTES
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 7
 PLANEACION ESTRATEGICA

ABRIL DEL 2008

| | | | |
|-----------------------|---|---|---|
| TEMA DEL CURSO: | Prevención de caídas en el adulto mayor | PROGRAMA: | Educativo Promotor de la Participación basado en el aprendizaje significativo |
| OBJETIVO DEL PROGRAMA | <ul style="list-style-type: none"> -Contribuir a mejorar la calidad de vida del adulto mayor -Mejorar el nivel del conocimiento del adulto mayor sobre la prevención de caídas -Fortalecer las actividades preventivas del adulto mayor -Lograr que el adulto mayor reflexione sobre la prevención de caídas en base a su experiencia -Lograr que el adulto mayor mejore su conocimiento sobre la prevención de caídas mediante el trabajo en equipo por medio de la discusión con sus compañeros de grupo -Lograr que el adulto mayor integre el conocimiento previo al conocimiento nuevo logrando su | <ul style="list-style-type: none"> -Discusión en pequeños grupos -Aplicación de cuestionario autoadministrado | |

| | | | |
|--|---|---|--|
| | propio conocimiento sobre la prevención de caídas y que pueda aplicarlo en su vida cotidiana | | |
| OBJETIVOS ESPECIFICOS | <ul style="list-style-type: none"> -Que el adulto mayor conozca que factores alteran su equilibrio para sufrir una caída -Que el adulto mayor conozca cuáles son las causas por las cuáles se produce una caída -Que el adulto mayor conozca cuáles son las medidas para prevenir una caída en el hogar y en la vía pública -Que el adulto mayor conozca como se clasifican las caídas -Que el adulto mayor conozca las consecuencias derivadas de una caída | | |
| <p>METAS: -Lograr que el adulto mayor identifique cuáles son los factores de riesgo para prevenir una caída y que sepa que hacer ante situaciones de riesgo</p> <p style="padding-left: 40px;">-Que el adulto mayor aplique su nuevo conocimiento a su vida diaria para mejorar su calidad de vida.</p> | | <p>RECURSOS: Humanos:</p> <p>Apoyo de experta en educación del área de Investigación en Salud de la Delegación IMSS Aguascalientes</p> <p>-Grupo natural de adultos mayores de la UMF No. 7</p> <p style="padding-left: 40px;">Materiales: Equipo de cómputo Proyector de imágenes Cuestionario Lápices Gomas</p> | |

RELACION DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA UMF No. 7 DEL IMSS
DELEGACION AGUASCALIENTES PARA EL PROYECTO “NIVEL DE
CONOCIMIENTO DEL ADULTO MAYOR SOBRE PREVENCION DE CAIDAS”

ABRIL DEL 2008

FORTALEZAS DE LA ACTIVIDAD

- Estuvo adecuada la convocatoria de los grupos de adultos mayores los cuáles acudieron con puntualidad a las sesiones
- Estuvo claro el lenguaje con el que se dio la introducción al tema ya que las dudas fueron mínimas
- Estuvo adecuado el refrigerio que se les ofreció a los adultos mayores ya que ayudó a mantener la motivación durante la platica

OPORTUNIDADES DE LA ACTIVIDAD

- Durante la actividad faltó mayor sonido del equipo de cómputo durante la proyección del video audiovisual
- Falto la aplicación del cuestionario para saber el nivel de conocimiento antes y después de la proyección del video
- Falto realizar la exposición preparada en power point con el fin de completar la información de la actividad

DEBILIDADES DE LA ACTIVIDAD

- Falto mayor convocatoria de adultos mayores durante el turno vespertino ya que fueron un número menor a los del turno matutino
- Falto complementar la información del tema de prevención de caídas con la exposición en power point

AMENAZAS A LA ACTIVIDAD

- La motivación de los adultos mayores en el grupo vespertino puesto que la atención fue mucho menor a comparación del turno matutino
- La coordinación con el equipo de trabajo social para la convocatoria de los grupos de adultos mayores
- El nivel de conocimiento de los adultos mayores sobre la prevención de caídas puesto que es poca la información que se les da, y no frecuentemente lo aplican en su vida diaria
- El nivel de escolaridad de los adultos mayores ya que de los 2 grupos 2 personas no sabían leer y escribir

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION AGUASCALIENTES
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR

TITULO DEL CURSO: PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN ADULTO MAYOR, UNA
ESTRATEGIA EDUCATIVA PROMOTORA DE LA PARTICIPACION

FECHA: 11 DE ABRIL DEL 2008

PROGRAMA ACADEMICO

1.- CARACTERISTICAS GENERALES DEL CURSO

TITULO: PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR

Sede: Auditorio de la Unidad de Medicina Familiar del IMSS No. 7 de la Delegación IMSS Aguascalientes

Personal al que va dirigido: Adultos Mayores de la UMF No. 7

Requisitos de Ingreso:

- a) Personas mayores de 60 años de edad que estén afiliados al IMSS y reciban atención en los consultorios de la UMF No. 7 de la Delegación IMSS Aguascalientes y que reciban consulta mediante el programa de cita previa turno matutino o vespertino
- b) Personas adultos mayores de la UMF No. 7 que deseen participar en el estudio
- c) Personas adultos mayores de la UMF No.7 que sepan leer y escribir
- d) Adultos mayores que no padezcan enfermedades neurológicas como Demencia Senil, Alzheimer, Parkinson, Déficit Cognitivo secundario a EVC
- e) Pacientes adultos mayores con signos de inmovilidad prolongada

2.-PRESENTACION

Este programa constituye una parte del área de promoción a la salud(PREVENIMSS) y ha sido elaborado con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas adultos mayores elevando su nivel de conocimiento sobre la prevención de caídas.

Como resultado de haber explorado diversas técnicas educativas podemos ver que en nuestra estrategia educativa promotora de la participación se comentarán temas como : Qué es una caída, cómo se clasifican, cuáles son las consecuencias de una caída, cuáles son los factores de riesgo para sufrir una caída, y cuáles son las medidas de prevención de las caídas en el hogar y en la vía pública.

En la estrategia educativa promotora de la participación se aplicará una técnica de educación diferente como lo es la discusión de pequeños grupos en donde los adultos

mayores darán su punto de vista acerca de los temas antes mencionados tratando de que relacionen los conocimientos previos con el nuevo conocimiento que se les va a impartir y puedan crear un nuevo conocimiento significativo y aplicarlo a su vida cotidiana.

Nuestra propuesta de trabajo se orienta a promover, desarrollar una estrategia promotora de la participación para que el adulto mayor cree un nuevo conocimiento que le ayude a mejorar su calidad de vida creando un aprendizaje de tipo significativo y en donde se destaca el desarrollo de un punto de vista de tipo participativo

Esto, es compatible con una perspectiva que enmarca la educación para la participación para poder lograr un aprendizaje significativo en el adulto mayor sobre la prevención de caídas en donde crea un nuevo y mejor conocimiento para poder aplicarlo en su vida diaria contribuyendo a mejorar su calidad de vida.

Así mismo comprende una mirada transdisciplinaria con enfoques epistemológico, sociológico, pedagógico, metodológico y de salud.

Es importante no olvidar las condiciones habituales en las que se llevan a cabo las acciones del cuidado de la salud en el aprendizaje de los adultos mayores en donde no se pierde de vista nuestra misión: favorecer la salud individual y colectiva del personal del área de la salud, contribuyendo de esta manera a elevar la calidad de vida de la población derechohabiente.

3.-INTRODUCCION Y JUSTIFICACION

Actualmente el aumento del envejecimiento de la población adulta mayor en México se ha convertido en un problema de salud pública, uno de los factores de importancia a estudiar son las caídas, que se han convertido en la 7ª causa de muerte en las personas mayores de 60 años, conllevando además repercusiones físicas, psicológicas, económicas, sociales y familiares para las personas que han llegado a sufrirlas.

La tarea educativa al adulto mayor no se debe restringir a una mera transmisión de la información sino también permitirle que construya un nuevo conocimiento que le facilite la capacidad de autoayudarse de manera positiva a su salud.

El programa está dirigido a las personas adultos mayores de la UMF # 7 de la Delegación IMSS Aguascalientes.

Este programa tiene la intención de elevar el conocimiento sobre la prevención de caídas en los adultos mayores por medio de dinámicas grupales con apoyo de proyectores, computadora, rotafolios y esquemas, dando a conocer las múltiples estrategias existentes para prevenir la presencia de una caída, ya que el lugar donde más frecuentemente ocurren éste tipo de situaciones es el hogar. Se aplicará un cuestionario Autoadministrado de respuestas múltiples antes y después de la aplicación del programa educativo promotor de la participación y analizar si efectivamente existe una diferencia significativa en el conocimiento con respecto a la estrategia de tipo tradicional

La propuesta curricular del desarrollo de aprendizajes significativos de los adultos mayores para la elaboración del conocimiento propio mejora la capacidad de éstos para mejorar su calidad de vida.

Debido a esto es necesario que el adulto cree un nuevo conocimiento sobre la prevención de caídas que es una de las patologías más frecuentes en los mayores de 60 años que conlleva un aumento de la morbimortalidad y representando mayores costos socioeconómicos tanto a los pacientes como a las instituciones de salud. Por esta situación se crean los grupos de prevenimss de adultos mayores existiendo actualmente 2 grupos naturales en la UMF No. 7 en donde se realizan actividades de promoción a la salud.

Con ello se amplían y diversifican las oportunidades para la formación y superación educativa del adulto mayor respondiendo de ésta manera a la necesidad de promover la prevención de caídas en los grupos de ésta edad.

El propósito del curso prevención de caídas en el adulto mayor, una estrategia educativa promotora de la participación es la de promover herramientas propias para la elaboración de un nuevo conocimiento, que alude principalmente al desarrollo de alcances que un adulto mayor con sus limitaciones físicas, psicológicas y sociales que puede llegar a tener en su vida cotidiana y que no ha logrado favorecer con la practica educativa tradicional

4.- OBJETIVOS

GENERALES:

- Fortalecer las actividades preventivas del adulto mayor sobre la prevención de caídas
- Lograr que el adulto mayor defina claramente lo que es una caída y como se clasifican
- Lograr que el adulto mayor identifique cuáles son los lugares donde más frecuentemente ocurren las caídas
- Que el adulto mayor sepa cuáles son las medidas para la prevención de caídas en el hogar en la vía pública
- Lograr que el adulto mayor pueda mejorar su calidad de vida elevando su conocimiento sobre la prevención de caídas

ESPECIFICOS:

- Que el adulto mayor se integre al trabajo de equipo con el fin de expresar su conocimiento sobre la prevención de caídas y así mismo comparta la misma con sus compañeros y sacar conclusiones generales sobre los temas vistos durante el curso
- Que los adultos mayores mejoren su conocimiento sobre la prevención de caídas
- Que el adulto mayor conozca cuáles son los factores individuales, intrínsecos y extrínsecos que pueden provocar una caída

5.- REQUISITOS

- a) Personas mayores de 60 años de edad que estén afiliados al IMSS y reciban atención en los consultorios de la UMF No. 7 de la Delegación IMSS Aguascalientes y que reciban consulta mediante el programa de cita previa turno matutino o vespertino
- b) Personas adultos mayores de la UMF No. 7 que deseen participar en el estudio
- c) Personas adultos mayores de la UMF No.7 que sepan leer y escribir
- d) Adultos mayores que no padezcan enfermedades neurológicas como Demencia Senil, Alzheimer, Parkinson, Déficit Cognitivo secundario a EVC
- e) Pacientes adultos mayores con signos de inmovilidad prolongada

6.-DISEÑO CURRICULAR

- A) Estrategias educativas promotoras de la participación basadas en el aprendizaje significativo como discusión de pequeños grupos que se llevarán a cabo para favorecer el conocimiento del adulto mayor sobre la prevención de caídas
- B) Propiciar el interés del adulto mayor así como su motivación y reflexión hacia el tema de la prevención de caídas
- C) Elaboración del instrumento de evaluación para aplicar antes y después de la estrategia educativa el cual ha sido valorado en contenido por expertos en educación

-Actividades educativas de los alumnos: Con base en las estrategias educativas (basado en el nivel de elaboración del conocimiento a desarrollar en el adulto mayor) mediante la discusión de pequeños grupos se buscará que el adulto mayor con su conocimiento previo sobre la prevención de caídas pueda discutir sus ideas con los demás compañeros y tratar de integrar una conclusión general sobre los contenidos a ver durante el curso y se proporcionará a los pacientes adultos mayores el material necesario incluyendo hojas blancas, lápices, gomas y donde se realizará una técnica educativa como lo es:

-Discusión en pequeños grupos: Se utiliza muy frecuentemente y es una técnica que favorece el aprendizaje significativo porque nos da la opinión de muchas personas y nos da un diagnóstico inicial, y en donde al plantear en una situación al grupo de personas participantes se puede captar su reacción y aplicarlo en el proceso enseñanza aprendizaje y en la cual los adultos mayores discutirán sobre sus experiencias, confrontarán sus puntos de vista y analizan los puntos de acuerdo y desacuerdo, así como los argumentos que los sustentan para ser discutidos en plenaria.

-Plenaria: Los adultos mayores exponen ante el grupo una versión condensada de sus ideas, discrepancias, comentarios y argumentos, siendo contrastadas con otras versiones

Actividades del Coordinador

- Selección de materiales de apoyo teniendo en cuenta su pertinencia
- Coordinación de la discusión y el debate en los grupos de trabajo
- Evaluación de la participación del trabajo individual y grupal
- Aplicación de cuestionario autoadministrado antes y después de la aplicación de la estrategia educativa promotora de la participación
- Evaluación inicial y final de los adultos mayores

7.-EVALUACION DEL ADULTO MAYOR

- Asistencia y participación al curso
- Mediante la aplicación del cuestionario autoadministrado antes y después de aplicada la estrategia educativa promotora de la participación

8.-ATRIBUTOS QUE DEBEN DE TENER LOS ADULTOS MAYORES AL TERMINO DEL CURSO

- Que tengan un punto de vista sólido sobre la prevención de caídas
- Que tenga el conocimiento adecuado para saber que hacer ante una situación de riesgo y prevenir una caída

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Que el adulto mayor enjuicie cuáles son las fortalezas y debilidades entre una estrategia educativa promotora de la participación con respecto a una tradicional
 - Que el nuevo conocimiento realizado por el adulto mayor le ayude a su autocuidado y así mejorar de manera significativa su calidad de vida

9.- DESARROLLO DE LA SESION

Discusión en pequeños grupos

Plenaria grupal con la coordinación del profesor.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL EN AGUASCALIENTES
COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACION EN
SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 7

ABRIL DEL 2008

FOLIO # _____

CURSO: PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL ADULTO
MAYOR

CUESTIONARIO DE NIVEL DE CONOCIMIENTOS
SOBRE PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL ADULTO
MAYOR

INDICACIONES: CONTESTE DE FORMA BREVE LO
SIGUIENTE:

1.-NUMERO DE SEGURIDAD
SOCIAL _____

2.-EDAD (AÑOS CUMPLIDOS): _____

3.-SEXO: (1) HOMBRE (2) MUJER

4.-ESTADO CIVIL: (1) SOLTERO (2) CASADO
(3) DIVORCIADO (4) VIUDO (5) UNION LIBRE
(6) OTRO

5.-NUMERO DE CONSULTORIO EN DONDE ES
ATENDIDO: _____

6.-TURNO: (1) MATUTINO (2) VESPERTINO

7.-ACTUALMENTE A QUE SE DEDICA: (1) TRABAJA
(2) JUBILADO (3) PENSIONADO (4) HOGAR

8.-SI TRABAJA ESCRIBA SU OCUPACION:_____

9.-ESCOLARIDAD:

- (1) ANALFABETA
- (2) SABE LEER Y ESCRIBIR
- (3) PRIMARIA INCOMPLETA
- (4) PRIMARIA COMPLETA
- (5) SECUNDARIA INCOMPLETA
- (6) SECUNDARIA COMPLETA
- (7) PREPARATORIA INCOMPLETA
- (8) PREPARATORIA COMPLETA
- (9) UNIVERSIDAD INCOMPLETA
- (10) UNIVERSIDAD COMPLETA
- (11) POSTGRADO O ESPECIALIDAD
- (12) DOCTORADO

10.-PADECE ALGUNA ENFERMEDAD:

- (1) DIABETES
- (2) HIPERTENSION ARTERIAL
- (3) ARTRITIS
- (4) ENFERMEDADES DEL CORAZON
- (5) DISLIPIDEMIAS
- (6) LESIONES DE LA COLUMNA VERTEBRAL
- (7) LESIONES DE RODILLA
- (8) LESIONES DE LOS PIES

11.-EN CASO DE PADECER OTRA ENFERMEDAD ANOTELA:_____

12.-USTED HA SUFRIDO UNA CAIDA EN LOS ULTIMOS 3 MESES:

- (1) SI
- (2) NO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL EN AGUASCALIENTES
COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 7

ABRIL DEL 2008

CURSO: PREVENCION DE CAIDAS EN EL ADULTO MAYOR

CUESTIONARIO DE NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE
PREVENCION CAIDAS EN EL ADULTO MAYOR

INDICACIONES: A CONTINUACION ENCONTRARA 6 FOTOGRAFIAS CON UNA SITUACION DESCRITA CADA UNA, AL TERMINO DE CADA DESCRIPCION APARECEN VARIOS ENUNCIADOS NUMERADOS.

EL NUMERO TOTAL DE ENUNCIADOS ES DE 43, USTED TIENE QUE CONTESTAR CADA ENUNCIADO CON CUALQUIERA DE LAS 3 OPCIONES SIGUIENTES:

-VERDADERO (V) SI CONSIDERA QUE EL ENUNCIADO AFIRMA ALGO QUE ES CIERTO.

-FALSO (F) SI CONSIDERA QUE EL ENUNCIADO AFIRMA ALGO QUE NO ES CIERTO.

-NO SÉ (NS) EN CASO DE QUE IGNORE O NO PUEDA DECIDIR SI EL ENUNCIADO ES FALSO O VERDADERO.

POR FAVOR NO DEJE NINGUN ENUNCIADO SIN RESPONDER

CASO No. 1



Este es Don Arturo, él tiene 72 años de edad, usa lentes y padece problemas del corazón. El va hacia la Iglesia a escuchar misa.

Son medidas preventivas para evitar una caída:

1.-Utilizar zapatos con suela de baqueta

F V NS

2.-Al subir las escaleras debe elevar la cabeza y mirar al frente

F V NS

3.-Al subir los escalones que se tome de la barandilla

F V NS

4.-Subir despacio y tranquilamente la escalera

F V NS

5.- Utilizar los lentes para ver mejor

F V NS

6.-Utilizar tenis para subir más rápidamente

F V NS

7.- Acompañarse por otra persona

F V NS

8.-Observar si existen desniveles en la escalera

F V NS

9.-Ver si existen objetos tirados en la escalera

F V NS

10.-Detenerse cuando se sienta cansado al subir la escalera

F V NS

11.-Utilizar zapatos con suela de goma para caminar

F V NS

CASO No. 2



Ella es Juanita y tiene 63 años de edad, cocina una deliciosa sopa de verduras con pollo y ocupa algunos condimentos que tiene en la alacena.

Son medidas preventivas para evitar una caída:

- 12.-Revisar que el piso esté seco
F V NS
- 13.-Prender la luz de la cocina tener mayor visibilidad
F V NS
- 14.-Subirse a un banco para alcanzar la alacena
F V NS
- 15.-Pedir ayuda a un familiar para que le baje lo que necesita
F V NS
- 16.-Ver que no existan objetos tirados en el piso de la cocina
F V NS
- 17.-Caminar por el suelo recién trapeado
F V NS
- 18.-Pisar sobre una loseta suelta
F V NS

CASO No. 3



Ella es María y tiene 64 años de edad y padece de Hipertensión Arterial, y decide dormir un rato al sentirse cansada y después de un rato se levanta para ir al baño.

Son medidas preventivas para evitar sufrir una caída:

19.-Prender la luz de la recámara antes de levantarse

F V NS

20.- Levantarse lo más rápido posible para llegar al baño

F V NS

21.-Quitar el tapete que está cerca de su cama

F V NS

22.-Utilizar éste tipo de huarache

F V NS

23.-Apoyarse de un lugar fijo al levantarse

F V NS

CASO No. 4



Doña María baja de su recámara que está en un segundo piso y va por su ropa para bañarse.

Son medidas preventivas para evitar una caída:

24.- Llevar menos cantidad de ropa al bajar la escalera

F V NS

25.-Colocar unas cintas brillantes antiderrapantes al inicio y al final de la escalera

F V NS

26.-Ver que los escalones de la escalera no tengan irregularidades

F V NS

27.-Utilizar lentes y quitárselos hasta el momento del baño

F V NS

CASO No. 5



Doña María está cansada, pues terminó de hacer todo el quehacer y decide tomar un baño para refrescarse.

Son medidas preventivas para evitar una caída:

28.-Tener un tapete en la regadera de su baño

F V NS

29.-Usar sandalias de goma para bañarse

F V NS

30.-Tener agarraderas en la regadera del baño

F V NS

31.-Pedir ayuda a un familiar para secarse y vestirse

F V NS

32.-Prender la luz del baño para tener mejor visibilidad

F V NS

33.-Si Doña María usara andadera, colocar una rampa antiderrapante

F V NS

34.-Pedir ayuda a un familiar para bañarse

F V NS

35.-Poner una silla debajo de la regadera para bañarse

F V NS

CASO No. 6



El es Don Cuco y tiene 84 años de edad, es diabético y padece de presión alta, decide dar un paseo por el parque para distraerse.

Son medidas preventivas para evitar una caída:

36.-Acompañarse de otra persona durante su paseo

F V NS

37.-Detenerse y sentarse por unos momentos en caso de sentirse cansado

F V NS

38.- Si en la calle hay un semáforo atravesar cuando la luz esté en rojo

F V NS

39.-Rodear las raíces de los árboles si salen de la banqueta

F V NS

40.-Utilizar bastón o andadera al caminar

F V NS

41.-Rodear la banqueta si se encuentra mojada

F V NS

42.-Atravesar la calle hasta llegar a la esquina

F V NS

43.-Levantar la basura tirada en la calle

F V NS

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL TEMA: NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA PREVENCION DE CAIDAS EN EL ADULTO MAYOR

| | JUN 07 | JUL 07 | AGO 07 | SEP 07 | OCT 07 | NOV 07 | DIC 07 | ENE 08 | FEB 08 | MAR 08 |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| ACTIVIDADES | | | | | | | | | | |
| 1.-Estrategias de búsqueda de información | X | X | X | X | | | | | | |
| 2.-Elaboración de Fichas Bibliográficas | | | X | X | | | | | | |
| 3.-Identificación de problemas de Investigación | | | | X | | | | | | |
| 4.-Priorización de problemas de Investigación | | | | X | | | | | | |
| 5.-Planteamiento del problema | | | | X | X | | | | | |
| 6.-Identificación de antecedentes científicos | | | | | X | | | | | |
| 7.-Construcción de marco teórico | | | | | X | X | | | | |
| 8.-Elaboración de Objetivos e Hipótesis | | | | | | X | X | | | |
| 9.-Diseño del estudio | | | | | | | X | | | |
| 10.-Universo de Trabajo | | | | | | | X | | | |
| 11.-Muestreo | | | | | | | | X | | |
| 12.-Logística | | | | | | | | X | | |
| 13.-Plan de análisis de datos | | | | | | | | X | | |
| 14.-Consentimiento Informado | | | | | | | | X | | |
| 15.-Cronograma de Actividades | | | | | | | | X | X | |
| 16.-Elaboración de presupuestos | | | | | | | | X | X | |
| 17.-Elaboración de Instrumento | | | | | | | | X | X | X |
| | | | | | | | | | | |

HOJA DE GASTOS

| DESCRIPCION Y DESGLOSE DEL PRESUPUESTO PARA EL FINANCIAMIENTO DEL PROTOCOLO DE ESTUDIO "NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA PREVENCIÓN DE CAIDAS EN EL ADULTO MAYOR" | | | | |
|---|---|-----------------------------|--------------------|---------------|
| GASTO DE INVERSION | | | | |
| CONCEPTO | CANTIDAD | COSTO UNITARIO | SUBTOTAL | JUSTIFICACION |
| GASTO DE INVERSION | | | | |
| Equipo de cómputo y periféricos | 1 | \$12,000.00 | \$12,000.00 | |
| Computadora Laptop Compaq presario V2617LA | | | | |
| TOTAL GASTO DE INVERSION | | | \$12,000.00 | |
| GASTO CORRIENTE | | | | |
| Adquisición de libros y manuales | 1 | \$450,00 | \$ 450,00 | |
| Libros técnicos de autores relacionados con la investigación | 1 | \$450,00 | \$450,00 | |
| Material de oficina | | | | |
| Cajas con 500 hojas tamaño carta | 2 | \$860,00 | \$860,00 | |
| Fotocopias, lápices, gomas | | \$ 800,00 | \$800,00 | |
| Trabajo de campo | | | | |
| Transporte Automovil | \$9.02 precio por litro de gasolina Auto 10 km x litro | 20 kmx 60 días \$1082,00 | \$ 1082,00 | |
| Artículos de revistas vía Internet relacionados con la investigación | | | | |
| TOTAL GASTO CORRIENTE | | | | |
| | | \$3,642,00 | \$15,642.00 | |
| RESUMEN | | | | |
| GASTO DE INVERSION | \$12,000.00 | | | |
| GASTO CORRIENTE | \$3,642.00 | | | |
| TOTAL | \$15,642.00 | | | |



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ESTUDIO
“ NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA PREVENCIÓN DE
CAIDAS EN EL ADULTO MAYOR”**

ABRIL DEL 2008, AGUASCALIENTES, AGS.

Por medio de la presente acepto participar en el Proyecto de Investigación “ NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA PREVENCIÓN DE CAIDAS EN EL ADULTO MAYOR” con No. de Registro R-2008-101-3

El objeto de este estudio es medir el nivel de conocimientos sobre la prevención de caídas en el adulto mayor antes y después de la aplicación de una estrategia educativa de aprendizaje significativo en un grupo de pacientes de mayores de 65 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar # 7 del IMSS Delegación Aguascalientes..

Se me ha explicado que mi participación consiste en contestar un cuestionario antes y después de la aplicación de una estrategia educativa sobre la prevención de caídas con el fin de comparar si existe o no modificación en cuanto a nivel de conocimiento

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el Proyecto de Investigación, dedicar algunos minutos para contestar las preguntas del cuestionario.

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre la realización del cuestionario, así como el de responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que se plantee, los riesgos, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con el Proyecto de Investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del Proyecto de Investigación en cualquier momento en que lo considere conveniente.

El investigador Principal me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que se deriven de este examen y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.

Nombre o firma de la persona
que acepta participar

Nombre y Firma del Investigador
Principal

Testigo

Testigo