

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

ESCUELA DE POSGRADO

**UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA
SALUD**



**“ESTILOS DE VIDA Y RIESGOS DE CAÍDA DE LOS ADULTOS
MAYORES DE 60 a 95 AÑOS DEL CENTRO POBLADO
TARMATAMBO, TARMA - JUNÍN 2022”**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO
EN SALUD PÚBLICA**

AUTORES: SAMMY NUÑEZ, JHOANA

TORRES VEGA, GUISELDA

ASESORA: AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: 3212 SALUD PÚBLICA

Callao, 2023

PERÚ

INFORMACIÓN BÁSICA

FACULTAD:

Ciencias de la Salud

UNIDAD DE INVESTIGACION:

Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud

TITULO:

ESTILOS DE VIDA Y RIESGOS DE CAÍDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO POBLADO DE TARMATAMBO -TARMA - JUNÍN 2022

AUTORES:

- Bach. Sammy Nuñez Jhoana /Código ORCID: 0000-0002-7919-2767 / DNI. 70225348

- Bach. Torres Vega Guissela / Código ORCID: 0000-0003-2816-5635 /DNI. 70237799

ASESOR:

- Pilar Moreno Obregón / Código ORCID: 0000-0002-4737-024x - DNI 07358593

LUGAR DE EJECUCIÓN:

Centro de Salud de Tarmatambo - Distrito de Tarmatambo, Tarma - Junín

UNIDAD DE ANALISIS

Adultos mayores del Centro Poblado de Tarmatambo

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Enfoque cuantitativo / Método descriptivo De corte transversal / Diseño no experimental Correlacional

TEMA OCDE

Ciencias de la Salud

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN

MIEMBROS DEL JURADO EVALUADOR:

- | | |
|---|------------|
| ● Dr. Hernán Oscar Cortez Gutierrez | PRESIDENTE |
| ● Dr. César Ángel Durand Gonzales | SECRETARIO |
| ● Dra. Noemi Zuta Arriola | MIEMBRO |
| ● Mg. Laura del Carmen Matamoros Sampen | SUPLENTE |

ASESORA: Dra. Agustina Pilar Moreno Obregón

Nº de Libro: 2

Nº de folio: 72

Nº de Acta: N°032 - 15 de Marzo del 2023

DEDICATORIA

Esta investigación y proceso de mi maestría la dedico a mi familia, por su fortaleza y cariño a mi querida Madre Geovanna Nuñez y hermanita Maricielo, a mi suegra Flor Hilario ,por su tiempo y apoyo, a mi esposo Luis Calizaya, por su acompañamiento y comprensión, a mi amada hija Arya por su amor, alegría e inspiración. Los amo eternamente

Tesista: Jhoana Sammy Nuñez

La presente tesis se la dedico a mi mamá Nola Vega por todo su amor su fortaleza, a mi esposo Michell Salazar por brindarme su apoyo incondicional y ser una fuente de superación en la vida, a mi hermano Fernando Torres por ser mi inspiración y motivo de seguir avanzando, a mi padre David Torres que desde lo más alto del cielo siempre me cuida y me bendice a cada momento.

Tesista: Guissela Torres Vega

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios por la oportunidad y bendición de poder contar con un estudio superior de posgrado, a toda la plana docente de la Universidad del Callao de la Maestría en Salud Pública, por todos sus conocimientos impartidos ; y en especial a nuestra Asesora Pilar Moreno, por su paciencia y sabiduría para guiarnos en nuestra investigación.

INDICE DE CONTENIDO

INDICE DE TABLAS.....	4
INDICE DE GRÁFICOS.....	6
RESUMEN	7
RESUMO.....	8
INTRODUCCIÓN.....	9
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.1 Descripción de la realidad problemática	10
1.2 Formulación del problema.....	12
1.3 Objetivos	13
1.4 Justificación	13
1.5 Delimitantes de la investigación.....	14
II. MARCO TEÓRICO.....	15
2.1 Antecedentes Internacionales y Nacionales	15
2.2 Bases Teóricas	22
2.3 Marco conceptual.....	25
2.4 Definición de términos básicos	40
III.HIPÓTESIS Y VARIABLES	41
3.1 Hipótesis	41
3.1.1 Operacionalización de Variables.....	43

IV. METODOLOGÍA DEL PROYECTO	48
4.1 Diseño metodológico	48
4.2 Método de investigación	49
4.3 Población y muestra	49
4.4 Lugar de estudio y periodo desarrollado	50
4.5 Técnicas e instrumentos para la recolección de la información	50
4.6 Análisis y procesamiento de datos.....	53
4.7 Aspectos Éticos en Investigación.....	54
V.RESULTADOS.....	56
5.1. Resultados Descriptivos.....	56
5.2. Resultados inferenciales	69
5.3. Otros Resultados Estadísticos:	75
VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	76
6.1 Contrastación y Demostración de la Hipótesis con los Resultados.	76
6.2 Contrastación de los resultados con otros estudios similares.....	83
VII. CONCLUSIONES	86
IX. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	89
X.ANEXOS	99
Anexo 1. Matriz de Consistencia.....	99
Anexo 2. Escala de Riesgo de J.H Downton.....	103
Anexo 3.Cuestionario de Perfil del Estilo de Vida	105
Anexo 4. Análisis de Confiabilidad.....	109

Anexo 5- Resolución del Instrumento de Riesgo de Caídas.....	110
Anexo 6. Consentimiento Informado.....	112

INDICE DE TABLAS

TABLA 5.1.1	56
TABLA 5.1.2	57
TABLA 5.1.3	58
TABLA 5.1.4	59
TABLA 5.1.5	60
TABLA 5.1.6	61
TABLA 5.1.7	62
TABLA 5.1.8	63
TABLA 5.1.9	64
TABLA 5.1.10	65
TABLA 5.1.11	66
TABLA 5.1.12	67
TABLA 5.1.13	68
TABLA 5.2.1	69
TABLA 5.2.2	70
TABLA 5.2.3	71
TABLA 5.2.4	72
TABLA 5.2.5	73
TABLA 5.2.6	74
TABLA 5.3.1	75
TABLA 6.1.1	76

TABLA 6.1.2.....	77
TABLA 6.1.3.....	78
TABLA 6.1.4.....	80
TABLA 6.1.5.....	81
TABLA 6.1.6.....	82

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 5.1.1	56
GRÁFICO 5.1.2	57
GRÁFICO 5.1.3	58
GRÁFICO 5.1.4	59
GRÁFICO 5.1.5	60
GRÁFICO 5.1.6	61
GRÁFICO 5.1.7	62
GRÁFICO 5.1.8	63
GRÁFICO 5.1.9	64
GRÁFICO 5.1.10	65
GRÁFICO 5.1.11	66
GRÁFICO 5.1.12	67
GRÁFICO 5.1.13	68
GRÁFICO 5.2.1	69
GRÁFICO 5.2.2	70
GRÁFICO 5.2.3	71
GRÁFICO 5.2.4	72
GRÁFICO 5.2.5	73
GRÁFICO 5.2.6	74

RESUMEN

La presente investigación ,tuvo como objetivo determinar la relación entre los estilos de vida y riesgo de caída de los adultos mayores de Centro Poblado de Tarmatambo, Tarma – Junín.La investigación aplicada fue de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo correlacional ,de corte transversal y no experimental,la muestra de tipo aleatoria estuvo conformado por 79 adultos mayores, entre hombres y mujeres de 60 a 95 años de edad que radican en Tarmatambo, a los cuales se les aplicó el Cuestionario de Estilos de Vida de Nola Pender y la Escala de Riesgo de Caídas de J.Dowton, para el análisis estadístico se utilizó el Programa de SPS versión 21. Los resultados obtenidos en la variable Estilos de vida nos muestra que el 56,96% presentan hábitos personales deficientes y el 6,33% mantiene hábitos personales saludables; en la variable Riesgo de caída el 92,41% tiene un alto riesgo de caída y el 7,59% un bajo riesgo de caída. En tanto hemos llegado a la conclusión que los Estilos de vida mantienen una relación directa con los riesgos de caída en los adultos mayores de la población de Tarmatambo, con un Coeficiente de Correlación de Rho Spearman de $-0,450$ y una Significancia de $p= 0,00$ por ende, cuanto más deficientes sean los estilos de vida en los Adultos Mayores del Centro Poblado de Tarmatambo, manifestarán un alto riesgo de caída ,al relacionar la variable estilos de vida y las dimensiones de riesgo de caídas, encontramos relaciones significativas, en caídas previas con un Rho Spearman de $-0,267$ y valor de $p= 0,018$, en medicamentos un Rho Spearman de $- 0,376$ y el valor de $p=0,001$ y estado mental un Rho Spearman de $-0,316$ y un valor de $p=0,004$. Es por ello importante que se implementen programas de talleres continuos de actividad física, actividades recreativas,estimulación cognitiva,capacitación de cuidadores,en convenio con el Hospital,Universidades y Municipalidad de Tarma,para el apoyo de profesionales,que puedan estar a cargo de estas estrategias.

Palabras clave: Estilos de vida ,adultos mayores, riesgo de caídas.

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi determinar a relação entre estilos de vida e risco de falha em idosos do Centro Populacional de Tarmatambo, Tarma - Junín. A investigação aplicada foi quantitativa, descritiva, correlacional, transversal e não experimental, a amostra de tipo aleatório foi constituída por 79 idosos, entre homens e mulheres entre os 60 e os 95 anos residentes em Tarmatambo, a quem o Nola Pender Lifestyle Questionário e a Escala de Risco de Quedas de J.Dowton, para análise estatística foi utilizado o Programa SPS versão 21. Os resultados obtidos na variável Estilos de Vida mostram-nos que 56,96% têm hábitos pessoais deficientes e 6,33% mantêm hábitos pessoais saudáveis; Na variável Risco de queda, 92,41% apresentam alto risco de queda e 7,59% baixo risco de queda. Embora tenhamos chegado à conclusão de que os Estilos de Vida mantêm uma relação direta com o risco de queda nos idosos da população de Tarmatambo, com um Coeficiente de Correlação Rho Spearman de -0,450 e uma Significância de $p=0,00$ portanto, quanto mais deficientes forem os estilos de vida em os Idosos do Centro Populacional de Tarmatambo, irão manifestar um elevado risco de queda, ao relacionar a variável estilos de vida e as dimensões do risco de quedas, encontramos relações significativas, em quedas estudos anteriores com um Rho Spearman de -0,267 e um valor de $p=0,018$, nos medicamentos Rho Spearman -0,376 e valor de $p=0,001$ e estado mental Rho Spearman -0,316 e valor de $p=0,004$. Por isso, é importante que sejam implementados programas contínuos de oficinas de atividade física, atividades recreativas, estimulação cognitiva, treinamento de cuidadores, em convênio com o Hospital, as Universidades e o Município de Tarma, para o apoio dos profissionais, que podem ser responsáveis por essas estratégias.

Palavras-chave: Estilos de vida, idosos, risco de quedas.

INTRODUCCIÓN

En el 2030 habrá un crecimiento poblacional exponencial de adultos mayores en el Perú y el mundo ,siendo una de la preocupaciones de la Salud Pública, por el cual nos lleva a preguntar que tipos de estilos de vida emergen en su día a día ,que contribuya a una vejez saludable; y por lo tanto sean participes activos de contribución en la sociedad, principalmente nuestros adultos mayores de provincias, donde muchas veces los programas de intervención profesional integral, no llegan a concretarse, por temas de localización y presupuesto, quedando este grupo poblacional muchas veces sin oportunidad de mejora en su calidad de vida por ende pueden ser susceptibles a enfermedades crónicas y riesgo de caídas, y por consecuencia exista limitaciones en sus actividades de la vida diaria.Es por ello que la presente investigación, tuvo como objetivo determinar la relación de los estilos de vida y riesgo de caídas en adultos mayores del Centro Poblado Tarmatambo que pertenece a la ciudad de Tarma, departamento de Junín.

Para que pueda ser utilizado como antecedente para proyectarse programas sociales, para mejorar el estilo de vida de los adultos mayores de provincia, dado que ellos pocas veces son incluidos en programas sostenibles de envejecimiento saludable, este proyecto también es el primero en investigar la relación de las variables mencionadas, no se ha encontrado bibliografía a nivel nacional e internacional, que busque relacionar estos términos.

En el siguiente trabajo daremos a conocer los siguientes Capítulos. Capítulo I se presentará el Planteamiento del Problema, Capítulo II se presentará el Marco Teórico, Capítulo III se presentará la Hipótesis y Variables, Capítulo IV se presentará la Metodología de la investigación, Capítulo V se presentará los Resultados, Capítulo VI se presentará la Discusión de los Resultados, Capítulo VII se presentará la Referencia Bibliográfica y Capítulo VIII se presentarán los Anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

Según la Organización de las Naciones Unidas refiere que a nivel global, la población mayor de 60 años crece a un ritmo más rápido que el resto de segmentos poblacionales. Según datos del informe “Perspectivas de la población mundial 2019”, en 2050, una de cada seis personas en el mundo tendrá más de 60 años (16%), más que la proporción actual de una de cada 11 en este 2019 (9%). Para 2050, una de cada cuatro. Se estima que el número de personas de 80 años o más se triplicará, de 143 millones en el 2019 a 426 millones en 2050(1).

En América Latina más de 8% de la población tiene 65 años de edad o más, muy por debajo del 18% de Europa. Sin embargo, para 2050, se estima que la cifra se duplicará, hasta alcanzar el 17,5%, y para finales de siglo, superará el 30%. (2)

En el Perú existe más de 4 millones 140 000 personas, adultos mayores (de 60 años a más) que representan el 12,7 % de la población total, al año 2020, informó el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)(3).

En la región Junín son en total 134 578 adultos mayores, de este total son 4396 varones y 6629 mujeres. Divididos en grupos marcados: adultos mayores saludables (5670), adultos mayores enfermos (5355), persona mayor frágil (2463) y persona mayor geriátrico complejo (117), como refiere las estadísticas de Estrategia de Etapa de Vida Adulto Mayor de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) Junín en el 2019(4).

En el Centro Poblado de Tarmatambo, se cuenta con 100 adultos mayores ,donde la referencia más cercana a datos con respecto a caídas previas es el Centro de Salud de Tarmatambo ,de la Dirección de Microred Tarma, donde el personal de salud hace referencia que la mayoría de los adultos mayores tienen incidencia de caídas entre 2 a 3 veces al año ,por el cual los datos son preocupantes.

Según la Nota de Prensa del Ministerio de Salud (2018) señala que alrededor de un 30% de personas mayores de 60 años sufrirá al menos una caída al año, y de ellas casi un 5% terminará en fracturas, siendo la más frecuente la fractura de cadera (5).

Tal como declara Villón A. en el 2018, destacó que los factores que llevan a las caídas en este grupo poblacional pueden ser divididos en dos grupos: los que dependen del entorno donde vive el paciente, y los de su propio organismo; dentro de los factores externos destacan el tipo de residencia, por ejemplo, si se tienen una serie de condiciones de peligro como escaleras en mal estado, pisos resbalosos, poca iluminación, zapatos inadecuados, piso mojado o con mucha cera y baños con barreras arquitectónicas que dificultan la movilidad del paciente, entre otros. Dentro los factores intrínsecos, considera los déficits sensoriales, sobre todo los visuales, además de problemas médicos como hipertensión arterial, diabetes; a consecuencia de estilos de vida no saludables, también la artrosis, la alteración del equilibrio, secuelas neurológicas como accidentes cerebro-vasculares, parkinson, demencia y entre otros. (6)

En el poblado de Tarmatambo, se observó que muchos adultos mayores reportaban caídas, por diferentes causas, alguna de ellas, por pérdida del equilibrio, tropiezos en su casa o en la calle, pequeños mareos (sintiéndose confundidos al caminar), por dificultades visuales, o manifestaban que arrastraban el pie al momento de la marcha. El personal de salud al realizar la anamnesis en la atención al adulto mayor, en el Centro de Salud reportan que los adultos mayores mencionaban que dentro de sus estilos de vidas, no tomaban agua, a veces sólo un vaso diario, si bien algunos trabajaban en la chacra, y hacían esfuerzo físico, desconocían el proceso de adecuado de realizar ejercicios, dentro de sus comidas, incluían muchos carbohidratos (papa, arroz), no sabían el concepto de relajarse o prevenir enfermedades.

Es por ello nuestra preocupación como investigadoras de realizar un estudio y saber si existía una relación entre los estilos de vida y riesgo de caídas que manifestaban los adultos mayores de Tarmatambo, de manera más científica y explícita; con el fin de contribuir en los estudios de sectores locales y aportar información para futuros proyectos sociales.

1.2 Formulación del problema

Problema General

¿Cuál es la relación entre estilos de vida y riesgos de caída en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo - Tarma -Junín 2022?

Problemas Específicos

- ✓ ¿Cuál es la relación entre los estilos de vida y riesgo de caídas en su dimensión caídas previas en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo - Tarma - Junín?
- ✓ ¿Cuál es la relación entre los estilos de vida y riesgo de caídas en su dimensión medicamentos en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo - Tarma - Junín?
- ✓ ¿Cuál es la relación entre los estilos de vida y riesgo de caídas en su dimensión déficit sensorial en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo - Tarma - Junín?
- ✓ ¿Cuál es la relación entre los estilos de vida y riesgo de caídas en su dimensión estado mental en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo - Tarma - Junín?
- ✓ ¿Cuál es la relación entre los estilos de vida y riesgo de caídas en su dimensión deambulación en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo - Tarma - Junín?

1.3 Objetivos

Objetivo General

Relacionar los estilos de vida y riesgos de caída en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo - Tarma - Junín 2022

Objetivos Específicos

- ✓ Identificar la relación de los estilos de vida y riesgo de caídas en su dimensión caídas previas en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo - Tarma - Junín.
- ✓ Identificar la relación de los estilos de vida y riesgo de caídas en su dimensión medicamentos en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo - Tarma - Junín.
- ✓ Identificar la relación de los estilos de vida y riesgo de caídas en su dimensión déficit sensorial en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo - Tarma - Junín.
- ✓ Identificar la relación de los estilos de vida y riesgo de caídas en su dimensión estado mental en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo - Tarma - Junín.
- ✓ Identificar la relación de los estilos de vida y riesgo de caídas en su dimensión deambulacion en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo - Tarma - Junín.

1.4 Justificación

1.4.1 Teórica: Es la primera investigación a nivel de nacional e internacional que relaciona las variables de estilos de vida y riesgo de caídas, aportando a futuros tesis como referente al conocimiento de datos descriptivos e inferenciales.

1.4.2 Social: Los resultados apoyarán a considerar y proyectar programas sociales en provincia, donde participen profesionales, que contribuyan integralmente en el envejecimiento saludable, y exista modificaciones en los estilos de vida del adulto mayor, para prevenir los riesgos de caídas.

1.4.3 Metodológica: El contar con el análisis de la relación que determinó la investigación, es propicia para considerar los pasos a seguir en cada proceso, y ayude a otros investigadores a guiarse en este tipo de población.

1.4.4 Gestión: La información que se obtengan servirán para realizar la gestión de futuros proyecto sociales, que se desean aplicar en la zona , referente al uso del contexto, localización y resultados.

1.5 Delimitantes de la investigación:

1.5.1 Delimitante Teórico: Se han utilizado teorías fundamentadas y definidas para sustentar las variables de investigación, conocimientos sobre estilos de vida y riesgos de caída; sin embargo, no se cuenta con antecedentes de tesis relacionando ambas variables.

1.5.2 Delimitante Temporal: El periodo de tiempo del estudio es transversal dado que los instrumentos han sido utilizados en un momento de tiempo determinado, en el mes de Octubre del año 2022.

1.5.3 Delimitante Espacial: la investigación ha sido realizado en el centro de Salud de Tarmatambo, del Centro Poblado de Tarmatambo, Provincia de Tarma, Departamento de Junín.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes Internacionales y Nacionales

Internacional:

Serrano M. (Ecuador-2018), en su investigación: “Estilos de vida y estado nutricional del adulto mayor del centro de salud Venezuela de la ciudad de Machala”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre estilo de vida y estado nutricional en el adulto mayor. Obteniendo como resultado observar que cerca de la mitad de ellos se encuentran en edades comprendidas entre 65 a 69 años, con un ligero predominio del sexo femenino, la mayoría de ellos terminaron el nivel de educación básica, en cuanto a su estado civil más de la mitad son casados, en relación a su dependencia económica la cuarta parte son beneficiarios del bono de desarrollo humano, el 50.4% lleva un estilo de vida no saludable, el 60.3% lleva una vida sedentaria, el 43.8% tiene sobrepeso. En tanto podemos decir que el 50% de adultos mayores practican estilos de vida no saludables porque según la relación alimentación menos de la mitad de ellos “a veces”, la mayoría consumen comida con ingredientes artificiales, en cuanto a la relación actividad-ejercicio no realizan actividad física, en su estado nutricional a través del IMC se obtiene que menos de la mitad de adultos mayores tienen sobrepeso. (7)

García M. (España-2017), en su investigación: “Análisis descriptivo de las caídas y factores de riesgo asociados en personas mayores institucionalizadas de la Región de Murcia - 2017 ”, cuyo objetivo fue establecer un patrón descriptor de las caídas de las personas mayores. Obteniendo como resultados de la muestra de estudios que el 26.9% tuvieron caídas, siendo la edad media de esta población el $84,08 \pm 8,10$ años, debido a la gran diferencia existente en el grupo de población adulta mayor, aspecto que permite identificar distintos grupos de adultos mayores según la variable a la que se atiende, existiendo una gran variabilidad inter e intragrupos. En tanto podemos decir que dentro de los factores de riesgo más comunes en el riesgo de caídas es la ausencia o limitaciones leves en la movilidad y a nivel de deterioro

cognitivo, las relaciones personales conflictivas con el resto de residentes, y patologías crónicas como la Diabetes Mellitus, la Hipertensión Arterial o la presencia de problemas osteoarticulares pueden constituir un criterio predictor de caídas en este grupo de población. (8)

Molés Julio MP. *en su investigación:* “Análisis de la Fragilidad en la Población Mayor de Castellón de la Plana”, cuyo objetivo fue conocer las características de la población comunitaria adulta mayor y poder analizar la presencia de caídas y miedo a caer. Obteniendo como resultado que las características de la población mayor de Castellón son similares a las del entorno de la Unión Europea. Teniendo un 26% en prevalencia de caídas, y de miedo a caer del 46%. Siendo la relación de estas últimas viene ha ser factores asociados sociodemográficos, del equilibrio y la marcha, estado de salud y calidad de vida. En tanto podemos decir que el miedo a caer y la fragilidad afectan a la salud y la calidad de vida de las personas mayores de Castellón. (9)

Rodriguez I. (Ecuador-2021), *en su investigación:* “Evaluación del riesgo de caídas en los adultos mayores del asilo Hogar San José, durante el periodo de confinamiento 2020”, cuyo objetivo fue determinar el riesgo de caída en los adultos mayores durante el periodo de confinamiento. Obteniendo como resultado que predomina el grupo poblacional femenino con edades comprendidas entre 80 y 91 años, el Test Time Up & Go indica que el 76% presentan déficit moderado y variable de la movilidad funcional, test de Tinetti evidencia un alto riesgo de caídas en 83% de adultos mayores, mientras que las escalas de Downton y Falls Efficacy, muestran que un 50% requiere cuidados específicos y el 48% tienen temor de caer. En tanto podemos decir que este grupo manifiesta una alta predisposición al riesgo de caídas, a consecuencia del déficit de la movilidad, alteración del equilibrio y marcha, como respuesta a la falta de actividad física y distanciamiento social.(10)

Cruz E. (México-2022), *en su investigación:* “Incidencia de delirium en adultos mayores en urgencias del hospital general de zona N°. 50 del IMSS, SLP”, cuyo

objetivo fue establecer la incidencia de delirium. Obteniendo como resultado que el 45.1% (46) presentaron delirium, de los cuales 11 adultos mayores tenían la edad de 68 años, en relación a distintas patologías que presentaban los usuarios. En tanto podemos decir el delirium es una patología que se presenta en el 45.1% de los pacientes mayores de 65 años, siendo recomendable, con base a los resultados obtenidos, el uso de la prueba CAM en este tipo de pacientes que, durante su estancia en el área de urgencias, poniendo especial atención a los pacientes con patologías cardiovasculares y metabólicas. Al identificar el delirium desde el ingreso al servicio de urgencias, daría una pauta para iniciar el tratamiento específico lo cual podría mejorar el pronóstico al tener una alteración agregada a la patología de base bajo control e incluso disminuir el tiempo de estancia hospitalaria. (11)

Galarza J. (Ecuador-2018), en su investigación: “Elaboración de talleres de capacitación al grupo “Cáritas” enfocados en la prevención de caídas en el adulto mayor al realizar sus actividades dentro del hogar en la isla de Muisne en el periodo noviembre 2017 - abril 2018”, cuyo objetivo fue detectar el riesgo de caídas del adulto mayor al realizar sus actividades diarias. Obteniendo como resultado que el 52% son de género masculino, el 60% se encuentran en edades de 65 – 80 años, presentando riesgo caída un 64%, de los cuales el 72% tiene mayor riesgo en la escala de equilibrio, mientras que el 28% de ellos presenta mayor riesgo en la escala de marcha, frente al índice de Katz se evidencia dificultades al bañarse y movilizarse con un 84%. En tanto podemos decir según los resultados obtenidos del índice de Katz la mayoría de los adultos mayores son independientes, sin embargo los que presentan mayor dificultad en su realización son en las áreas de bañarse y movilidad o traslado esto debido a la falta de fuerza en sus extremidades y falta de equilibrio en conjunto con la falta de adaptaciones en sus hogares para la ejecución de éstas. (12)

Arizmendi E. (Cuernavaca-2021), en su investigación: “Nivel de depresión relacionado a la capacidad funcional del Adulto Mayor”, cuyo objetivo fue objetivo

evaluar el nivel de depresión relacionado a la capacidad funcional. Obteniendo como resultado de un total de 43 residentes, 9 hombres 20.90% y 34 mujeres 79.10%, los participantes muestran tener grado de dependencia mínimo en las actividades diarias, en cuanto al nivel de depresión y nivel de dependencia en general. El 34.8% (15) se mostró sin depresión e independiente, el 2.3% (1) sin depresión con dependencia moderada, el 6.9% (3) depresión leve y dependencia total, el 4.7% (2) depresión severa e independiente, 4.7% (2) depresión severa y dependencia severa. Lo que significa que el nivel de depresión aumenta en la mayor parte de los participantes cuando existe algún tipo de dependencia que afecte su capacidad funcional, en cada una de sus actividades de la vida diaria. En tanto podemos decir la falta de buena capacidad funcional en el adulto mayor causa aumento de dependencia física, limitaciones, menor calidad de vida y cambios emocionales. (13)

Peñaherrera L. (Ecuador-2020), en su investigación: “Prevalencia y factores de riesgo para hipertensión arterial en adultos mayores en áreas urbanas y rurales del Cantón Ambato”, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia y factores de riesgo de HTA en adultos mayores. Obteniendo como resultado que la prevalencia de hipertensión fue de 14,45% en los adultos mayores a 80 años. La patología asociada a la hipertensión arterial en adultos mayores más frecuente es la diabetes mellitus, seguida de patologías tiroideas. Entre los pacientes hipertensos es muy frecuente que no consuman ningún medicamento, lo que comprueba la baja adherencia al tratamiento farmacológico y se relaciona con los niveles de presión arterial registrados al momento de la visita médica. En tanto podemos decir que el envejecimiento favorece al desarrollo de hipertensión arterial debido a la disfunción endotelial. La edad, malos hábitos de vida, junto a la falta de cumplimiento del tratamiento farmacológico contribuyen a un mal pronóstico en dichos pacientes. (14)

Quesada J. (Costa Rica-2018), En su investigación: “Propuesta de prevención, atención y rehabilitación del Adulto Mayor con caídas”, cuyo objetivo fue realizar

una propuesta de atención basado en evidencias para la prevención y abordaje de las caídas en el adulto mayor. En tanto podemos decir que las caídas suelen conducir a la dependencia por temor a nuevas caídas, estas tendrán consecuencias físicas y repercusiones psicológicas, económicas y sociales. Dentro de los aspectos más importantes a tomar en cuenta es la nutrición, mantenimiento de una buena salud, entre otros. Un programa ideal de mantenimiento deberá de ser multicomponente. (15)

Galindo E. (España-2021), en su investigación: “Marcha y equilibrio del Adulto Mayor y su estilo de vida”, cuyo objetivo fue describir la relación de Marcha y Equilibrio con el Estilo de Vida de los Adultos Mayores. Obteniendo como resultado que la mayoría de los AM padecen al menos una enfermedad crónica en las que destacan la DT2 e HAS de manera conjunta en un 30%, también consumen medicamentos de manera habitual, el 72.5% reportaron un Estilo de Vida moderadamente saludable, el 20% un Estilo de Vida saludable y solo un 7.5% mantienen un Estilo de Vida no saludable; existe riesgo alto de caídas entre las edad de 60 a 80 años. En tanto podemos decir que las alteraciones de la Marcha y Equilibrio están presentes en la mayoría de los AM y representa una condición de riesgo a presentar caídas y complicaciones a su salud, así mismo determina su Estilo de Vida de manera significativa, de tal forma que, a mayor alteración en la Marcha y Equilibrio, menor puntuación en el Estilo de Vida; los AM tienden a llevar una alimentación saludable y están apegados a la espiritualidad, así mismo muestran un deficiente apego a la práctica de actividad física. (16)

Nacionales:

Espinoza F. (Cajamarca - 2017), en su investigación: “Estilos de vida y depresión en los adultos mayores ,del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD de la ciudad de Sullana, cuyo objetivo fue determinar la relación existente entre estilos de vida y depresión, en los adultos mayores que acuden al Centro del Adulto Mayor (CAM) de EsSalud de Sullana. La población estuvo conformada por 120 adultos mayores

usuarios del CAM, de ambos sexos y cuyas edades oscilaron entre 65 y 96 años, quienes fueron evaluados mediante el cuestionario de Nola Pender que mide estilos de vida y la escala de depresión geriátrica de Yesavage, los cuales fueron baremados en la presente investigación, con la prueba de alpha de crombrach, con una confiabilidad de 0.79 y 0.76 respectivamente. Luego del procesamiento estadístico, no se encontró relación significativa entre los estilos de vida y la depresión en los adultos mayores que acuden al CAM de EsSalud, sin embargo, al ser una correlación negativa, indica que se correlacionan en sentido inverso. Es decir, a valores altos de estilos de vida, le suelen corresponder valores bajos de depresión y viceversa.(17)

Quiñonez G. (Lima - 2017), en su investigación: "Riesgo de caídas en los pacientes adultos mayores del Hospital Geriátrico de la Policía San José". cuyo objetivo fue calcular el riesgo de caídas del adulto mayor en el Hospital Geriátrico PNP "San José", Sus resultados fueron, que, de los 120 adultos mayores, el 63.3% son de sexo femenino y 36,7% sexo masculino. El promedio de la edad de estos adultos mayores viene a de ser 76.8 años, presentando riesgo de caída alta un 70% y un riesgo de caída bajo el 30%, los niveles de riesgo en la relación de estas variables tenemos, en un riesgo bajo con 58.3% en edades de 60 a 71 años, en un riesgo alto con 42,9% al grupo de 72 a 81 años; los factores condicionantes al riesgo de caída se evidencian a la toma de medicamentos con 87% y déficit sensorial con 79%, siendo el de menor influencia, estado mental con 6%. Se concluye que el nivel de riesgo de caídas en un adulto mayor en el Hospital Geriátrico de la Policía "San José" enero 2017, es un riesgo alto. Los factores con mayor influencia son la toma de medicamentos y los déficits sensoriales.(18)

Gonzalo L. (Lima - 2018) en su investigación: "*Estilos de Vida y Estado Nutricional relacionados a la Promoción de la Salud en el profesional de la Salud del C.S Santa Clara,Ate-2017*", cuyo objetivo fue determinar los estilos de vida y estado nutricional

relacionados a la promoción de salud en el profesional de salud del Centro de Salud Santa Clara, Ate. Se contó con la intervención a 30 profesionales de salud. Las variables evaluadas fueron Índice de masa corporal y circunferencia de cintura, y se usó una encuesta para conocer los estilos de vida del profesional de salud. . Los resultados nos señalaron que; un 76,7% del profesional de salud presenta un estilo de vida poco saludable. Un 56,7% tiene sobrepeso y el otro 10% tiene obesidad. El 56,7% tiene un muy alto riesgo cardiometabólico y el 30% del profesional de salud tiene un alto riesgo cardiometabólico. Posteriormente luego de utilizar la prueba estadística chi cuadrado con un 95% de confiabilidad se llegó a la conclusión que si existe una relación estadísticamente significativa entre estilos de vida, estado nutricional y promoción de salud del profesional de salud del centro de salud Santa Clara del distrito de Ate.(19)

Abrego C. y Ruiz Z. (Lima -2018) en su investigación: “Capacidad funcional y riesgo de caídas en pacientes adultos mayores atendidos en el centro de atención residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo viuda de Canevaro en el distrito del Rimac, 2018”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre la capacidad funcional y riesgo de caídas en pacientes adultos mayores, la muestra estuvo constituida por 100 adultos mayores, la técnica de recolección de datos se enmarco en la aplicación de instrumentos tipo cuestionarios, como el Índice de Barthel que fue creado por Mahoney y Barthel y la escala de riesgo, creado por J.H Downton. Dentro de los resultados, se obtuvo que el 63% (63) tiene una dependencia ligera, el 21% (21) tiene dependencia moderada con respecto a las actividades básicas de la vida diaria, de los primeros, el 50.7% (35), del segundo el 27.5% (19) presentaron alto riesgo en caídas y la dimensión más afectada la íntegra aquellas que necesitan mínima ayuda física para trasladarse con un 50%, luego deambular y subir escalones con un 53% y 55% respectivamente; existe relación entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas en pacientes adultos mayores. Las áreas más afectadas son aquellas donde se emplea la movilidad.(20)

Quispe B. (Lima - 2020) en su investigación: “Capacidad funcional y riesgo de caídas en pacientes adultos mayores con gonartrosis del hospital de rehabilitación del Callao, 2019.” cuyo objetivo fue determinar la relación entre la capacidad funcional y el riesgo de caídas en los pacientes adultos mayores con gonartrosis del Hospital de Rehabilitación del Callao en el año 2019. La presente investigación es de enfoque cuantitativo, aplicativo de tipo descriptivo correlacional, de corte transversal. El estudio fue aplicado a 90 pacientes adultos mayores con diagnóstico de gonartrosis. Se encontró una población adulta mayor entre las edades de 68 a 75 años con 45,6% de la muestra total donde 38,6% y 56,5% tienen rendimiento intermedio y bajo respectivamente; así como más de la mitad de pacientes del total son del sexo femenino que acuden a tratarse, además que el 68,2% de las personas con rendimiento intermedio presentaron riesgo moderado de caer y el 73,9% de las personas con rendimiento bajo presentaron alto riesgo de caer.(21)

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Estilos de Vida saludables, Modelo de promoción de la salud de Nola Pender

La teoría propuesta por Nola Pender es uno de los modelos más importantes en la promoción de la salud en enfermería; según este modelo, los determinantes del estilo de vida se dividen en factores cognitivos y perceptuales, los cuales se entienden como las ideas, creencias, percepciones de las personas sobre la salud, estas ideas, creencias, pensamientos que provocan o fomentan determinada conducta o conductas, en relación con la promoción de la salud. decisiones o comportamiento en nuestro caso. Al cambiar estos factores, así como la motivación para realizar los comportamientos anteriores, las personas entran en un estado muy positivo conocido como bienestar. El estilo de vida es considerado un conjunto de patrones que influyen significativamente en los procesos de salud-enfermedad, que a su vez son influenciados por las condiciones

biológicas, psicológicas y sociales del individuo. Cuando se usan correctamente, pueden brindar a las personas un nivel satisfactorio de felicidad. Sin embargo, si no se usa correctamente, puede tener efectos negativos para la salud. Los principales factores del estilo de vida incluyen la dieta, la actividad física, la salud mental, la adicción y otros factores que pueden contribuir a enfermedades no transmisibles como el cáncer, la diabetes y la presión arterial alta. Por tanto, un estilo de vida adecuado se convierte en un factor protector frente a diversas enfermedades y optimiza la salud humano. (22)

Se refiere al estilo de vida como un patrón multidimensional de comportamiento que una persona realiza a lo largo de su vida y que afecta directamente a la salud. Para entender esto, se deben explorar tres categorías principales:

A. Cualidades personales y experiencia.

B. Motivaciones cognitivas y conductuales específicas.

C. Resultado Conductual. (22)

Espinoza L. mencionó que el estilo de vida es el mayor determinante de la salud y el bienestar humano en la sociedad actual y parece ser el mejor seguro contra enfermedades, principalmente crónicas degenerativas (diabetes, cáncer, enfermedades cardiovasculares), depresión, ansiedad severa, etc.). Un estilo de vida saludable y seguro depende de la capacidad de una persona para interactuar y responder con decisión a los factores y situaciones cotidianas, para comprender el estilo de vida de los individuos, grupos y poblaciones a través del estilo de vida. Es un conjunto de valores, creencias, actitudes y comportamientos que caracterizan la forma de vivir de las personas..(23)

2.2.2 Las Caídas y sus riesgos, grandes Síndromes Geriátricos

Según Luján, se refería a que las caídas están en los grandes síndromes geriátricos, o gigantes de la geriatría. Estos síndromes son muy comunes (aunque no están clasificados como un problema), afectan a las personas en sus etapas más vulnerables y tienen un impacto grande y medible en la morbilidad y mortalidad en los adultos mayores. Su origen es multifacético y requiere un abordaje tanto en la evaluación multidimensional y disciplinaria como en la adopción de medidas de prevención, control y rehabilitación. Enfermería ha incorporado la prevención de caídas como indicador de calidad como continuación de todos los programas hospitalarios. Por lo tanto, las personas mayores se caen con mayor frecuencia, principalmente debido a la pérdida de masa muscular, cambios en la marcha y el equilibrio, enfermedades cardiovasculares, pérdida de la visión y uso inadecuado de muletas y andadores, incluso el efecto de algunas drogas, etc. Las caídas ocurren, cuando tienen problemas para mantener una postura adecuada, ya sea que estén sentados, acostados o de pie. Esto puede tener consecuencias graves, como golpearse con partes del cuerpo y lesionarse al caer, ya que la masa muscular disminuye y los huesos se debilitan durante esta fase. La International Commission Joint especifica la reducción del riesgo de caídas como uno de los objetivos de la acreditación hospitalaria para la seguridad de las personas mayores.(24)

El envejecimiento poblacional se considera un fenómeno urgente y estrechamente relacionado con el mundo entero, pues a medida que las sociedades envejecen, los problemas sociales y de salud de los ancianos desafían, principalmente, a los respectivos sistemas de seguridad social y de salud. La caída, un suceso vinculado al envejecimiento, con consecuencias físicas, psicológicas, sociales y económicas, es un importante tema de investigación. Estudios sobre esta cuestión tienen como propósito subsidiar intervenciones preventivas costo-efectivas, además del

mantenimiento de la seguridad y de la calidad de vida del anciano. En ese sentido, se emplean en la práctica instrumentos evaluativos del riesgo de caídas. El riesgo de caída es el aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico. La importancia de las caídas radica en su potencial morbilidad y en su papel como marcador para detectar patologías subyacentes. Las caídas reiteradas deben considerarse como indicadores de una situación de fragilidad o tendencia a la discapacidad y son tanto el resultado como la causa de patologías diversas, pudiendo incluso suponer causa directa de muerte para el individuo o bien a través de sus implicaciones mórbidas. No son un fenómeno inevitable del envejecimiento. La contribución relativa de cada factor de riesgo varía según el estado de salud inicial del individuo, el estado de salud inicial individual, el estado funcional y las características ambientales. (24)

2.3 Marco conceptual

2.3.1 Variable 1: Estilos de vida

Definido por la Organización Mundial de la Salud, como “un modo general de vivir basado en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones de conducta individuales determinados por factores socioculturales y características personales” Se entiende por patrones conductuales, según Mendoza, Sagrera y Batista, formas recurrentes de comportamiento que se ejecutan de forma estructurada y que se pueden entender como hábitos cuando constituyen el modo habitual de responder a diferentes situaciones. (25)

No hay duda de que muchas habilidades, especialmente la condición física, disminuyen con la edad, pero la cantidad de disminución depende no solo del paso del tiempo, sino también del estilo de vida de una persona, incluida la cantidad de actividad física realizada a diario. en la vida cotidiana, sus hábitos o probabilidad,

la alimentación, la presencia de determinadas enfermedades crónicas no infecciosas y la extensión de los daños causados por las mismas. Hay algunos cambios interesantes en la inteligencia, aunque algunas habilidades (como hacer malabarismos con varios objetos a la vez) pueden disminuir con la edad, mientras que otras (como la capacidad de concentrarse y completar tareas) mejoran cada vez más con el tiempo. Tenemos que decir esto; aunque muchas habilidades disminuyen con la edad, esta disminución puede ser menor o retardarse.(26)

La Organización Panamericana de la Salud establece que “El envejecimiento saludable es el proceso de optimizar continuamente las oportunidades para mantener y mejorar la salud física y mental, la independencia y la calidad de vida a lo largo de la vida. Las personas mayores sanas e independientes contribuyen al bienestar de las familias y comunidades locales ,no sólo describir a alguien como receptor pasivo de beneficios sociales o médicos,puede ser mito. Sin embargo, en la actualidad, el número de adultos mayores está creciendo exponencialmente, y la situación socioeconómica es compleja y cambiante, solo una intervención oportuna puede mejorar la contribución de este grupo al desarrollo social y evitar convertirse en un factor de crisis en la estructura de salud y seguridad social en América”(27).

2.3.1.1 Estilos de Vida en su Dimensión Alimentación que se demanda en adultos mayores:

Según los lineamientos del gobierno de Chile “Nutrición y Cuidado del Adulto Mayor, Recomendaciones para una Alimentación Saludable”, se recomienda que la alimentación del adulto mayor sea balanceada, variada y que cumpla con los requerimientos alimentarios. La comida debe ser fácil de preparar, apetitosa, bellamente presentada, apetitosa, fácil de masticar y digerir. Para ello, es importante comer una variedad de alimentos que contengan proteínas, carbohidratos, lípidos, minerales y vitaminas, así como

comer regularmente alimentos ricos en fibra. Lo mejor es comer carne blanca como pollo, pavo o pescado o carne roja magra una vez a la semana. Prefiere la comida cocinada al horno, a la plancha, frita o al vapor. Evita el exceso de sal y azúcar y bebe al menos dos litros de agua al día. Su última comida debe ser entre las 7 p. m. y las 8 p. m. y debe estar activo al menos una hora antes de acostarse. Evite el ayuno prolongado; comer cuatro comidas al día si es posible. Mantén tu peso ideal en base a su talla y edad. Dentro de los requerimientos nutricionales del adulto mayor, se refiere a la cantidad mínima de calorías, principios inmediatos (proteínas, carbohidratos y lípidos), agua, vitaminas y micronutrientes. Elementos necesarios para el desarrollo y buen funcionamiento del organismo. Su valor individual dependerá de cada sujeto, su edad, sexo, composición corporal, estado biológico o patológico, actividad física, etc. En este contexto, hablamos de “gasto energético basal”, que es la cantidad mínima de calorías que el cuerpo necesita en reposo. En resumen, los requisitos son el nivel de actividad física más la tasa metabólica basal. Este último disminuye entre un 5% y un 10% por década después de los 65 años. Es importante cómo se aportan estas calorías según los diferentes componentes de la dieta, teniendo siempre en cuenta que estas recomendaciones son para personas mayores y sanas, por lo que cada patología concreta requiere cambios específicos en su receta. La RDA (cantidad diaria recomendada) establece que los hombres mayores de 51 años deben consumir 2200 calorías, mientras que las mujeres de la misma edad deben consumir 1900 calorías.(28).

2.3.1.2 Estilos de Vida en su Dimensión Actividad y Ejercicios que se demandan en adultos mayores

La Organización Panamericana de la Salud define la actividad física como “todos los movimientos de la vida diaria como el trabajo, las actividades diarias, el ocio, el ejercicio y actividad recreativa”. Los beneficios de la actividad física regular en los adultos mayores están estrechamente relacionados con la prevención, reducción o reversión de muchos de los problemas físicos, psicológicos y sociales

que acompañan al proceso de envejecimiento. Por tanto, el grupo que más se puede beneficiar del ejercicio regular es el de las personas mayores. Álvarez y Medina (2010) señalaron que el ejercicio aeróbico es ampliamente recomendado para la prevención y el tratamiento de muchas enfermedades crónicas asociadas con el envejecimiento. Varios estudios en esta área han demostrado que la actividad física es necesaria para detener o revertir la sarcopenia y aumentar la densidad ósea. El aumento de la fuerza y la masa muscular es una estrategia viable para mantener el estado funcional y la independencia en los adultos mayores. Incluso el tipo de ejercicio y actividad física que deben realizar los adultos mayores depende de su condición física y es uno de los métodos más populares en el deporte. La resistencia cardiorrespiratoria es más importante en el ejercicio porque afecta los problemas cardiovasculares. La fuerza muscular es fundamental en estas edades y mantener la flexibilidad es muy importante. Además, la capacidad de moverse (caminar) es un factor importante en la composición corporal, especialmente en la ganancia o pérdida de grasa corporal. La fuerza muscular es una de las capacidades físicas más importantes de las personas mayores y refleja el potencial neuromuscular para superar el estrés externo. Es la resistencia interna debida a la contracción muscular, estática (fuerza isométrica) o dinámica (fuerza isotónica). La pérdida de esta capacidad está relacionada con la edad y estrechamente relacionada con una gran reducción en la masa del área transversal del músculo. Esta pérdida puede deberse a una regulación hormonal alterada y una actividad física reducida; así, un individuo sedentario presentará una importante pérdida de masa muscular y un aumento de la grasa subcutánea.(29).

2.3.1.3 Estilos de Vida en su Dimensión Responsabilidad en salud de los adultos mayores

Cuando se trata de responsabilidad en salud, se relaciona con el autocuidado del anciano en relación a diversas cuestiones de mantenimiento de la salud física,

mental y social. Es el ejercicio de las actividades que las personas realizan en función de su salud, con el fin de seguir viviendo, mantener la salud, prolongar el desarrollo personal, mantener el bienestar y mantener la vida y la salud, recuperarse de lesiones y enfermedades y hacer frente a sus consecuencias. Este es un concepto muy importante. Es importante porque se refiere a las personas mayores como actores competentes capaces de tomar decisiones, controlar su vida y garantizar el goce de una buena salud. En este sentido, el autocuidado mejorará la calidad de vida al aumentar el potencial de autonomía y autorresponsabilidad, fundamentales para un envejecimiento integral y saludable. Es importante no olvidar el concepto de autocuidado en relación con el proceso de envejecimiento de las personas mayores sanas o enfermas. Esto requiere la participación de las familias, los cuidadores (si los pacientes tienen dificultades para realizar actividades) y las redes de apoyo para ayudarlos a enfrentar los problemas de salud. El tipo de autocuidado de los adultos mayores dependerá de factores internos y externos que inciden en su capacidad de cuidarse a sí mismos. El autocuidado de los adultos mayores debe ser integral. Esto significa que no solo debe satisfacer sus necesidades básicas sino también sus necesidades psicológicas, sociales, recreativas y espirituales. Solo así el autocuidado puede ser una vía para que los adultos mayores alcancen su máximo potencial, fundamental para un envejecimiento saludable. (30).

2.3.1.4 Estilos de Vida en su Dimensión Manejo del Estrés en adultos mayores

Lazarus en el año 2000 planteó que el estrés es una respuesta a las interacciones entre las personas y el medio ambiente, y es un proceso dinámico de cambio resultante de la relación entre los estímulos ambientales y los recursos personales utilizados para hacer frente o reducir las demandas internas o externas. (31)

Rodríguez A. en 2003 mencionó que los adultos mayores experimentan altos niveles de estrés debido a la jubilación, pérdida de la función física, enfermedad, adicción, aislamiento familiar y por ende reducción de la vida social, mientras que sus capacidades motoras e intelectuales decaen. El estrés en los ancianos puede ser perjudicial para la salud porque cuando el cuerpo se enfrenta a situaciones estresantes, el cuerpo produce más hormona cortisol, u hormona del estrés, y el acortamiento anormal de los telómeros puede provocar pérdida de memoria, envejecimiento prematuro e incluso la muerte. por lo que se recomienda ver el estrés como un desafío, no como una amenaza (31)

El manejo del estrés implica realizar cambios en el estado de ánimo y el cuerpo para controlar y reducir la tensión que se produce en situaciones estresantes. La cantidad de presión y disposición para cambiar determinará cuánto cambio ocurrirá. La actitud de una persona puede influir en si una situación o emoción es estresante. Una persona con una actitud negativa suele reportar más estrés que una persona con una actitud positiva. Dieta: La mala alimentación pone al organismo en un estado de estrés físico y debilita el sistema inmunológico. Como resultado, una persona puede ser más susceptible a la infección. Una dieta deficiente puede significar que elige alimentos poco saludables, que no come lo suficiente o que come con regularidad. Este tipo de estrés físico también puede reducir su capacidad para hacer frente al estrés emocional, ya que la ingesta insuficiente de nutrientes puede afectar la forma en que el cerebro procesa la información. Actividad física: La actividad física insuficiente puede llevar al cuerpo a un estado de estrés. La actividad física tiene muchos beneficios, incluida la promoción de una sensación de bienestar. Sistema de apoyo: casi todo el mundo necesita alguien con quien hablar cuando la vida es difícil. Poco o ningún apoyo puede hacer que lidiar con situaciones estresantes sea aún más difícil. Relajación: las personas que no tienen intereses externos, pasatiempos u otras formas de relajarse pueden tener menos capacidad para hacer frente a situaciones

estresantes. Dormir de siete a ocho horas por noche también ayuda a las personas a lidiar con el estrés. (32)

2.3.1.5 Estilos de Vida en su Dimensión Soporte Interpersonal en el adulto mayor

Cuando la persona tiene más aspectos propios de la adultez en su personalidad, tendrá a establecer relaciones interpersonales maduras, lo que no quiere decir, que carecerá de problemas, si no que los manejará de modo que su resolución sea más asequible o al menos lo intentará siendo realista, sin demasiado conflicto, construyendo un futuro benéfico. De igual manera, se destaca que en ésta etapa del adulto mayor, se tiene que tomar en cuenta las demás relaciones interpersonales desde su desarrollo humano, es decir, desde la infancia hasta la vida adulta, ya que la persona mayor, tiende a realizar un recorrido de su vida, evaluando que tan fructíferas fueron esas relaciones en diferentes ámbitos personales, por lo cual conviene destacar que la satisfacción en las relaciones interpersonales, en la vida adulta y en la vejez, está vinculada a la capacidad de amar, sentirse feliz y ser productivo, misma que se va gestando durante toda la vida. Estas capacidades y el uso de las mismas, según el desarrollo humano permiten que la persona mayor tenga libertad y no cree dependencia de otros agentes al momento de satisfacer sus necesidades, es decir, que para el proceso de las relaciones interpersonales se creen habilidades y capacidades como el diálogo, la escucha, la conversación, etc. en las personas mayores al momento interactuar con otros. Implica la utilización de la comunicación para lograr una sensación de intimidad y cercanía significativa, en lugar de más casuales con los demás. La comunicación consiste en el intercambio de ideas y sentimientos a través de mensajes verbales y no verbales. (33)

2.3.1.6 Estilos de Vida en su Dimensión Autorrealización en el adulto mayor

La autorrealización significa querer vivir, desde tus valores más profundos. Para alcanzar este nivel, uno debe encontrar la forma de obtener satisfacción de los impulsos y necesidades más básicos. El proceso de envejecimiento también debe experimentarse en muchas áreas de la vida. Por tanto, se puede concluir que el envejecimiento debe contribuir a una mayor renovación de sus valores. Muestra la misión existencial que cada individuo debe descubrir para encontrarse a sí mismo y aplicar su ser según sus inquietudes y motivaciones. Una de las mayores cualidades de vivir bien después es mirar hacia atrás, creando un balance positivo entre el camino recorrido y una apreciación amorosa de la propia existencia a partir de una biografía que muestra la conexión entre pensamientos, sentimientos y acciones.(34)

2.3.2 Variable 2: Riesgo de Caída

A pesar de la creciente evidencia científica para la prevención de caídas, las caídas entre los adultos mayores siguen siendo un importante problema de salud pública. Este artículo es el resultado de una pregunta sobre la evaluación del riesgo de caídas en adultos mayores y las herramientas de medición disponibles en la literatura científica. El envejecimiento de la población se considera un fenómeno global urgente, ya que a medida que la sociedad envejece, los problemas sociales y de salud de las personas mayores desafían principalmente a los sistemas de seguridad social y de salud correspondientes. El otoño, un evento asociado al envejecimiento que tiene consecuencias físicas, psicológicas, sociales y económicas, es un importante tema de investigación. La investigación sobre este tema tiene como objetivo subsidiar intervenciones preventivas rentables, así como mantener la seguridad y la calidad de vida de los adultos mayores. En este sentido, en la práctica se utilizan herramientas de evaluación del riesgo de caídas(35).

El riesgo de caída es el aumento de la susceptibilidad a las caídas, que podría resultar en lesiones graves. La importancia de las caídas radica en su morbilidad y su papel como marcadores para determinar las condiciones subyacentes. Las caídas repetidas deben considerarse un indicador de un estado de debilidad o discapacidad. La tendencia a la discapacidad es tanto consecuencia como causa de diversas patologías e incluso puede ser causa directa de la muerte de una persona o por consecuencias patológicas, no son un fenómeno inevitable del envejecimiento. Tiene factores de riesgo que están completamente bajo su control. La contribución relativa de cada factor de riesgo varía según el estado de salud inicial del individuo, el estado de salud inicial individual, el estado funcional y las características ambientales. Los factores que provocan las caídas pueden ser intrínsecos (relacionados con el paciente) o extrínsecos (relacionados con el paciente). de la actividad o del entorno. (36)

2.3.2.1 Condicionantes de caídas en adultos mayores

Una caída se define como "caer involuntariamente al suelo a una altura más baja". Otra definición propuesta es "un movimiento inconsciente del cuerpo hacia una posición inicial que no se puede corregir a tiempo y está determinado por una situación multifactorial que afecta la estabilidad". Los factores protectores de las caídas están relacionados con los cambios en el comportamiento de una persona y con los cambios en su entorno. Dada la importancia de comprender estos conceptos del fenómeno de las caídas, se mencionará los siguientes factores: (37).

A.- Factores de riesgo biológicos

Los factores de riesgos biológicos son estrictamente intrínsecos e incluyen características individuales, características humanas típicas.

Algunos de estos no se pueden cambiar, como el género, la edad y la raza. Estos factores también están asociados con cambios fisiológicos y condiciones características de los adultos mayores, como fragilidad física, deterioro cognitivo y emocional, enfermedades crónicas cardiovasculares, neurológicas, pulmonares, psiquiátricas, endocrinas y metabólicas, y cambios en el sistema motor. y degeneración articular(37).

B.- Factores de riesgo socioeconómicos

Entre los factores extrínsecos, Los factores de riesgo socioeconómicos están relacionados con el estatus social y económico del individuo y la capacidad de la sociedad para enfrentarlos. Estos incluyen factores como bajos ingresos, baja educación, condiciones de vivienda inadecuadas, interacción social reducida y acceso limitado a la atención médica y la asistencia social (37).

C.- Factores de riesgo conductuales

También se consideran extrínsecos, y están relacionados con el comportamiento, las emociones o las elecciones diarias de una persona y son muy variables, como diversas drogas, alcohol y tabaquismo, inactividad, sobrepeso, miedo a caerse, uso de zapatos inadecuados y, finalmente, el uso de dispositivos de asistencia como bastones y andadores. (37).

D.- Factores de riesgo ambientales

Estos factores son estrictamente extrínsecos y cubre la interacción entre la condición física de una persona y el medio ambiente, incluidos los peligros domésticos y ambientales tales como superficies resbaladizas, alfombras, mala iluminación, falta de pasamanos en baños y pasillos, y caminos públicos irregulares e irregulares que están mal mantenidos. La mayoría de las caídas en los adultos mayores están asociadas con una interacción compleja entre los factores de riesgo

y el compromiso de los sistemas involucrados en el mantenimiento del equilibrio.
(37)

E.-Factores protectores

Los factores protectores son las que reducen los posibles efectos negativos o disfuncionales ante la presencia de los riesgos identificados. Por lo tanto, pueden reducir los factores de riesgo. Los factores protectores de caídas en adultos mayores pueden estar relacionados con cambios conductuales y ambientales. Los cambios de comportamiento incluyen la actividad física, evitar fumar y el alcohol, y mantener un peso corporal adecuado. Las mejoras ambientales incluyen la instalación de elementos fijos como barras de seguridad, pasamanos y pisos antideslizantes en los baños y sobre superficies lisas, así como la provisión de iluminación adecuada y pasamanos en las escaleras (37).

2.3.2.2 Riesgo de Caída en su Dimensión Medicamentos que toman los adultos mayores

Esta etapa de la vida es un proceso fisiológico normal por el que pasan todos los organismos vivos desde el momento de la concepción. Predispone a las personas a las enfermedades y las drogas. El desarrollo y uso de la medicina y la terapia está estrechamente relacionado con la historia humana. Las raíces de la medicina moderna y los medicamentos que utiliza son una mezcla compleja de conocimientos empíricos tradicionales, mitos y conceptos erróneos, arte e impresionantes avances científicos y tecnológicos.(38)

El tratamiento farmacológico de los ancianos abrió un capítulo importante en la medicina moderna, convirtiendo a la "terapia mixta" o "polifarmacia" en uno de los denominados "problemas capitales de la geriatría" por ser una de las enfermedades más comunes asociadas a la morbilidad y correlación con la incidencia en la mortalidad de los ancianos El uso combinado, definido como el uso

de múltiples medicamentos recetados o de venta libre, se ha convertido en uno de los mayores desafíos en geriatría de nuestro tiempo. Existe una relación directa entre el número de medicamentos que recibe un paciente y el riesgo aumentado de presentar una caída, considerándose la polifarmacia (la ingesta de 4 o más fármacos) son un factor de riesgo claramente relacionada con caídas.(39)

Los siguientes fármacos están relacionados con la incidencia de caídas:

- Benzodicepinas: El Nitrazepán y Flurozepán parecen ser los que más problemas causan en este sentido, el Clobozán y el Clordiazepóxido, los que con menor frecuencia se asocian con caídas, tienen efectos sedantes, tranquilizantes, producen desinterés por el entorno (40).
- Antihipertensivos: Se consideran en segundo lugar después de los sedantes, pueden influir en las caídas por producir hipotensión postural (Metildopa, betabloqueadores, etc) o disminuir el flujo sanguíneo cerebral (40).
- Diuréticos: Por producir hipotensión sobre todo cuando son empleados en enfermedades cardíacas (40).
- Fenotiacinas: Sus reacciones adversas son las lesiones extrapiramidales como el parkinsonismo. Puede explicar cierta asociación con caídas (40).
- Antidepresivos : Aumenta la propensión a las caídas sobre todo cuando se asocian a otras drogas que provocan hipotensión postural, siendo su principal exponente la Imipramina. Además este grupo provoca trastornos del ritmo cardíaco y efecto anticolinérgicos que puede intervenir en las caídas del anciano(40).
- Antiinflamatorios no esteroideos: Existen estudios que afirman que el 20% de los ancianos tratados con ellos desarrollan inestabilidad y confusión. Todo esto junto con la presencia de pluripatología, supone que las reacciones adversas

sean más frecuentes entre los ancianos, y por tanto aumenta el riesgo de caídas (40).

2.3.2.3 Riesgo de Caída en su Dimensión Estado Mental en el Adulto Mayor

No es habitual olvidar de vez en cuando dónde dejaste las llaves o las gafas, dónde aparcaste el coche o los nombres de conocidos. Recordar cosas puede llevar más tiempo a medida que envejeces. No todos los adultos mayores experimentan cambios en la memoria, pero esto puede ser una parte normal del envejecimiento. Este tipo de problemas de memoria suelen ser más molestos que graves. La pérdida de memoria que comienza repentinamente o afecta gravemente su capacidad para llevar a cabo la vida diaria puede indicar un problema más grave. Por ejemplo, la demencia es una disminución lenta de la memoria, la resolución de problemas, el aprendizaje y el juicio que puede llevar de semanas a meses. Muchas condiciones médicas pueden causar demencia o síntomas parecidos a la demencia. La enfermedad de Alzheimer es la causa más común de demencia en personas mayores de 65 años. Los delirios son cambios repentinos en la actividad cerebral (estado mental) de una persona. Los delirios pueden causar confusión, alterar los ciclos de sueño y vigilia y causar un comportamiento anormal. El delirio puede tener muchas causas, como dejar de consumir alcohol, drogas o medicamentos, o desarrollar o empeorar una infección u otro problema de salud. La amnesia es una pérdida de la memoria que puede ser causada por una lesión en la cabeza, un derrame cerebral, el uso de drogas o un evento emocional fuerte, como una pelea o un accidente automovilístico(41).

La confusión o la disminución del estado de alerta pueden ser el primer síntoma de una enfermedad grave, especialmente en los adultos mayores. Los problemas de salud que pueden causar confusión o problemas de concentración incluyen:

- Infección del tracto urinario
- Infección del tracto respiratorio o sepsis.
- Enfermedad de alzhéimer
- Asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica, que reduce la cantidad de oxígeno o aumenta la cantidad de dióxido de carbono en la sangre
- Problemas cardíacos como insuficiencia cardíaca, enfermedad de las arterias coronarias o ritmo cardíaco irregular (arritmia) que pueden reducir el flujo sanguíneo.
- La diabetes, Insuficiencia renal o insuficiencia hepática, que hace que se acumulen grandes cantidades de toxinas en la sangre.
- Desnutrición y deficiencia de vitaminas causadas por problemas de salud como el alcoholismo crónico (síndrome de Wernicke-Korsakoff).
- Problemas mentales como depresión o esquizofrenia.
- Trastornos tiroideos como hipotiroidismo, coma mixedematoso o hipertiroidismo (41).

2.3.2.4 Riesgo de Caída en su Dimensión Déficit sensoriales en el adulto mayor

La función sensorial es la capacidad de percibir e interpretar sensaciones del mundo exterior a través de los órganos sensoriales, y la literatura indica que cada órgano sensorial sufre cambios significativos con la edad. La sensación disminuye con el número de receptores y altera su integridad estructural, aumentando el riesgo de lesiones debido a la incapacidad de sentir la calidad de un objeto, como la presión, la temperatura, la dureza, la aspereza o la

suavidad. Asimismo afectando los sentidos como el área visual y auditivo. En los adultos mayores con enfermedades crónicas como la diabetes, las lesiones pueden provocar complicaciones que, en última instancia, pueden conducir a la pérdida de una extremidad superior o inferior.(42)

2.3.2.5 Riesgo de Caída en su Dimensión Deambulación en los adultos mayores

Los adultos mayores son especialmente sensibles a disminuir su capacidad locomotora, iniciando de esta forma un progresivo deterioro del estado de funcionalidad física, psíquica y social. A los 60 años, un 15% de los individuos presentan alteraciones en la marcha, 35% a los 70 años y aumenta hasta cerca del 50% en los mayores de 85 años. La alteración de la capacidad de marcha en los ancianos se puede complicar con caídas, es predictor de deterioro funcional, aumenta la morbilidad y contribuye al ingreso a residencias de larga estadía. Por todo lo expuesto es que el trastorno de la marcha constituye uno de los síndromes geriátricos más importantes (43).

Dentro de la escala de J.H. Downton encontramos los siguientes ítems:

- Marcha normal: Persona que se desplazan sin asistencia. Puede observarse disminución de la longitud y velocidad del paso, aumentando la base de sustentación, facilitando el equilibrio de la marcha.
- Marcha segura con ayuda: personas que se desplacen con ayuda biomecánica o sin ellas, pero que conserva las condiciones de equilibrio.
- Marcha insegura con/sin ayuda: marcha con sensación de pérdida de equilibrio estando de pie o caminado. Por lo general implica la necesidad de esfuerzo consciente y continuo para prevenir caídas.
- Marcha imposible: personas que se encuentran limitadas por las condiciones físicas a poder desplazarse de un lugar a otro.

2.4 Definición de términos básicos

- **ADULTO MAYOR:** La Organización de las Naciones Unidas , refiere que es un término reciente que se le da a las personas que tienen más de 60 años de edad, que también pueden ser llamadas de la tercera edad. Este adulto mayor por naturaleza ha alcanzado rasgos que se adquieren desde un punto de vista biológico, social y psicológico (esfera biopsicosocial), que van desde experiencias, circunstancias, entorno social y familiar enfrentadas durante toda su vida. (44)
- **CAIDA:** La Organización Mundial de la Salud, lo define como sucesos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en el suelo o en otra superficie firme que lo detenga. Las lesiones causadas por las caídas pueden ser mortales, aunque la mayoría de ellas no lo son. (45).
- **DEAMBULACIÓN:** Se refiere a la forma de caminar del paciente. La forma habitual de hacerlo es siendo proactivo, controlando los movimientos y prestando atención a la coordinación y la armonía. Las personas actúan de acuerdo con sus deseos y el camino elegido. Es normal que tenga cierto movimiento de las manos, no se desvía accidentalmente del camino que quiere seguir, el centro de gravedad del cuerpo está centrado en el fulcro o ligeramente hacia adelante, los escalones son del mismo tamaño, etc. . Este patrón de marcha se ve alterado en diversas enfermedades.(43)

III.

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis

Hipótesis General:

Ho:

No existe relación en los estilos de vida y riesgos de caída en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo - Tarma – Junín 2022.

Ha:

Existe relación en los estilos de vida y riesgos de caída en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo - Tarma – Junín 2022.

Hipótesis Específicas:

H1: Existe relación en los estilos de vida y riesgo de caídas en su dimensión caídas previas en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo - Tarma – Junín 2022.

H2: Existe relación en los estilos de vida y riesgo de caídas en su dimensión medicamentos en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo - Tarma – Junín 2022.

H3: Existe relación en los estilos de vida y riesgo de caídas en su dimensión déficit sensorial en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo - Tarma – Junín 2022.

H4: Existe relación en los estilos de vida y riesgo de caídas en su dimensión estado mental en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo - Tarma – Junín 2022.

H5: Existe relación en los estilos de vida y riesgo de caídas en su dimensión deambulación en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo - Tarma – Junín 2022.

3.1.1 Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	PREGUNTA	RESPUESTA	MÉTODO	TÉCNICAS /INSTRUMENTOS
Estilo de vida	La Organización mundial de salud lo define como “un modo general de vivir basado en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones de conducta individuales determinados por factores socioculturales y características personales”.(46)	Es el producto del aprendizaje y se modifican en correspondencia con la edad, influye en que las personas actúen en forma diferente e individual para atender su salud y enfermedades, del adulto mayor del Centro Poblado de Tarmatambo	Nutrición	tipo de alimentación	-2-4-5-6-	1=nunca 2= a veces,	Hipotético Deductivo	Técnica de la Escala de Liketr
				frecuencia de alimentación	1-3	3=frecuentemente 4=rutinariamente		Cuestionario de Perfil de Estilo de Vida de Nola Pender Puntaje del 48 al 96 será considerado como Hábitos personales deficientes
			Ejercicio	tipo de ejercicios	-9-10-11-	1=nunca 2= a veces,		Puntaje 97 al 145 será considerado como Hábitos personales suficientes
				frecuencia de ejercicios	-7-8-	3=frecuentemente 4=rutinariamente		Puntaje del 146 al 192 será considerado como Hábitos personales saludables

			Responsabilidad en Salud	autocuidado	-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-	1=nunca 2= a veces, 3=frecuentemente 4=rutinariamente		
			Manejo del Estrés	autocuidado	-22-23-24-25-26-27-28-	1=nunca 2= a veces, 3=frecuentemente 4=rutinariamente		

			Soporte Interpersonal	socioafectivas	-29-30-31-32-33-34-35-	1=nunca 2= a veces, 3=frecuentemente 4=rutinariamente		
			Autoactualización	Autorrealización	-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-	1=nunca 2= a veces, 3=frecuentemente 4=rutinariamente		

Riesgo de Caídas	<p>La NANDA en su Definición y Clasificación 2003 refiere que es aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico, que pueden estar comprendidos en factores intrínsecos (Relacionados con el propio paciente) o extrínsecos (derivados de la actividad o del entorno) (45).</p>	<p>Es el aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico en el adulto mayor del Centro Poblado de Tarmatambo”, las diversas dimensiones como; caídas previas, medicamentos, déficit sensoriales, estado mental y deambulación pueden incrementar el riesgo a sufrir una caída, considerando el impacto que pueden tener</p>	Caídas previas	Nivel de riesgo de caídas previas	Puntaje del nivel de riesgo caídas previas	<ul style="list-style-type: none"> • 0 pts • 1 pt 	Hipotético Deductivo	<p>Cuestionario dicotómico</p> <p>Escala de riesgo de caídas de J.H. DOWNTON)</p>
			Medicamentos	Caídas por efecto secundario a Medicamentos	Puntaje de caídas por efecto secundario a Medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • 0 pts • 1 pt • 2 pts • 3 pts • 4 pts • 5 pts • 6 pts 		<p>Puntaje de 0 - 2 será considerado como riesgo de caída bajo.</p>
			Déficits sensoriales	Caídas por efecto secundario a Déficit Sensorial	Puntaje de caídas por efecto secundario a Déficit Sensorial	<ul style="list-style-type: none"> • 0 pts • 1 pt • 2 pts • 3 pts 		<p>Puntaje de 3 a más será considerado como un alto riesgo a sufrir una caída,</p>

		sobre su salud.	Estado Mental	Caídas por efecto secundario a Estado Mental	Puntaje de caídas por efecto secundario a Estado Mental	<ul style="list-style-type: none"> • 0 pts • 1 pt 		
			Deambulaci3n	Caídas por efecto de Deambulaci3n	Puntaje de caídas por efecto de Deambulaci3n	<ul style="list-style-type: none"> • 0 pts • 1 pt • 2 pts • 3 pts 		

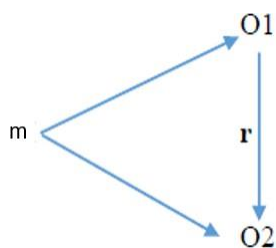
IV. METODOLOGÍA DEL PROYECTO

4.1 Diseño metodológico.

La presente investigación ha sido de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo correlacional, de corte transversal y no experimental.

De enfoque cuantitativo, porque se recolectó y analizó los datos en las variables de estudio donde se estudió sus propiedades. Es de tipo descriptivo debido a que buscó características, propiedades y rasgos del fenómeno establecido. No experimental: Porque se realizó sin manipular deliberadamente las variables. De tipo correlacional porque se buscó la relación entre los estilos de vida y riesgo de caídas. Y de corte transversal, debido a que los instrumentos fueron tomados en un tiempo y momento determinado.(47)

El desarrollo de la investigación, presentó el siguiente diseño:



Dónde:

m: Muestra de estudio

O1: Observación a la variable 1: Estilos de vida

O2: Observación a la variable 2: Riesgo de Caídas

r: Relación entre las variables o correlación.

4.2 Método de investigación.

Se aplicó el Método Deductivo, dado que se basó en un enfoque cuantitativo , se analizó los datos de las variables y se contrastó las hipótesis, además se pudo llevar a un resultado mayor y más generalizado a partir de una muestra representativa.(48)

4.3 Población y muestra.

La presente investigación se realizó con la población adulta mayor censada por la Microred de Salud Tarma, en la Población de Tarmatambo , siendo un total de 100 adultos mayores, de ambos sexos y edades que fluctúan entre los 60 y 95 años.

Para hallar el tamaño de la muestra se utilizó el muestreo aleatorio simple.

$$n = \frac{z^2 pq N}{e^2(N - 1) + z^2 pq}$$

Donde:

p: p=0.5

q: 1 – p, q=0.5

Z: Factor de confianza (95%), Z=1.96

e: Dimensión del error de estimación (5%), E =0.05

N: Población, N=100

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 100}{(0.05)^2 (100 - 1) + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{3.8 \times 0.5 \times 0.5 \times 100}{(0.0025)(99) + (3.8) \times 0.25}$$

$$n = \frac{95}{(0,2475) + 0.95}$$

$$n = = 79$$

4.4 Lugar de estudio y periodo desarrollado

La investigación se aplicó en el Centro de Salud Tarmatambo de la Red de Salud Tarma, Junín; en el mes de Octubre del 2022.

4.5 Técnicas e instrumentos para la recolección de la información.

A. Técnica para recolección de datos

Para la presente investigación, se utilizó como técnica la encuesta, se tuvo una relación de dialogo ,pausada y directa con los adultos mayores, el cual se permitió observar su buena disposición al participar del estudio.

B. Instrumentos:

Se aplicó dos instrumentos validados internacionalmente, y aplicados por diferentes investigaciones, los cuales se mencionan a continuación: el Cuestionario de Perfil de Estilo de Vida (PEPS-I) mediante el cual se valoró los

estilos de vida y la Escala de Riesgo de Caídas de J. Dowton para la valoración de Riesgo de Caídas de los adultos mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo

Cuestionario de Perfil de Estilo de Vida (PESP-I) : De 1996 se utilizó para medir los estilos de Vida, mide de forma cuantitativa el nivel del estilo de vida del individuo y está integrado por 48 ítems tipo Likert; las dimensiones que se analizan en el estudio son:

Nutrición: ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6

Ejercicio: ítems 7, 8, 9, 10, 11

Responsabilidad en salud: ítems 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21

Manejo de estrés: ítems 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28

Soporte interpersonal: ítems 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35

Autorrealización: ítems 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48

Cada ítem tiene 4 opciones de respuesta y cada opción representa un puntaje, tal como se muestra a continuación nunca=1 punto; a veces =2 puntos; frecuentemente = 3 puntos; rutinariamente = 4 puntos. Los valores han sido categorizados de la siguiente manera:

Hábitos personales deficientes 48 al 96 pts

Hábitos personales suficientes 97 al 145pts

Hábitos personales saludables 146 al 192 pts

Validez y confiabilidad: En el análisis de la fiabilidad del Cuestionario se obtiene una alta consistencia interna de la Prueba, con un coeficiente alfa de 0.913

Cronbach, es decir, el instrumento obtiene un término de muy alta confiabilidad, para medir la variable Estilos de Vida, según Ruiz C. (49), ver anexo (4)

Es un instrumento publicado en España cuya varianza fue de 45,9% y fiabilidad entre 0,7 y 0,9. La Escala validada en el contexto latinoamericano con un alfa de Cronbach es de 0,93 y su validez reportada por análisis factorial de componentes principales, en un estudio de Triviño en el año 2012 (50) además de otras investigaciones que han aplicado este instrumento como Espinoza F.(17) en su estudio asociativos de estilos de vida y depresión en adultos mayores; Gonzalo L. (19) en sus estudio correlacional Estilos de vida y estado Nutricional ; y demás investigaciones a nivel internacional.

Escala de Riesgo de Caídas : Creado por J.H. Downton en al años 1993 para medir la variable de riesgo de caídas de adulto mayores de 60 años a más, el cual consta de 5 dimensiones y 19 ítems tipo dicotómicas. Las dimensiones que se analizaron en el estudio son:

Caídas previas:	item 1,
Medicamentos:	item 2, 3, 4, 5, 6, 7
Déficits sensitivo motores:	item 8, 9, 10
Estado mental:	item 11
Deambulación:	ítems 12, 13, 14, 15

Con puntuaciones de 0 a 1 punto. Donde los valores asignados mencionan, un riesgo alto a caídas es de 3 puntos a más y de 0 a 2 puntos Riesgo bajo de caídas.

Dentro de los valores asignados, se consideró los siguientes puntajes:

N.A.	No Aplica
Riesgo Bajo	0 a 2 puntos
Riesgo Alto	3 a más puntos

Validez y confiabilidad: En el análisis de la fiabilidad de la Escala se obtiene una alta consistencia interna de la Prueba, con un coeficiente alfa de 0,613 Cronbach, es decir el instrumento obtiene un término de alta confiabilidad según Ruiz D (49), para medir la variable de Riesgo de caídas , (ver anexo N°4)

La Escala ha sido aplicada y validada a nivel internacional ;en el Perú tiene como antecedentes del uso del instrumento en diferentes Establecimientos de Salud y hospitales, uno de ellos según Resolución Directoral N° 098-2016/D/HNDM del Ministerio de Salud Instituto de Gestión de los servicios de Salud Hospital Nacional “Dos de Mayo”,para las buenas prácticas de atención: Prevención de Caídas y medicación correcta (ver anexo N°5);además del uso de otras investigaciones como de Quiñones G.(18) en su estudio observacional- transversal de riesgo de Caídas de Adultos Mayores del Hospital de la Policía y otro estudio bioestadístico donde los autores investigan la Utilidad de las escalas de Downton y de Tinetti en la clasificación del riesgo de caída de adultos mayores en la atención primaria de salud,realizando un análisis estadístico bivariado para identificar asociaciones entre los resultados de la escala de Downton (dicotomizado: bajo/alto riesgo) y sus categorías con el empleo de la prueba de independencia de Chi cuadrado. Obteniendo una confiabilidad del 95%.(51)

4.6 Análisis y procesamiento de datos.

De acuerdo al cronograma de actividades se procedió a la recolección de datos (aplicación de instrumentos), hemos citado a través de difusión del jefe de la Red,

a los adulto mayores para sus asistencia al Centro de Salud de Tarmatambo, donde se le hizo firmar el consentimiento informado, previamente explicando el objetivo de la investigación, posterior a la aceptación, se aplicó los instrumentos en cada adulto mayor de acuerdo a la muestra estratificada.

Una vez obtenido los datos, se utilizó el programa excel para ordenar los datos y tener un panorama amplio de los datos recolectados ,posterior a ello, se procesó la base de datos en el programa SPSS Versión 21.

El Análisis descriptivo,constó en determinar las frecuencias absolutas (conteo) y las frecuencias relativas (porcentaje) ,para las variables cualitativas

En el Análisis inferencial,primero se efectuó la Prueba de Normalidad de Shapiro ; posterior a ello se aplicó el comando de tablas cruzadas,para obtener los resultados de los objetivos,por medio de tablas y gráficos; después se procede a aplicar la Prueba de Rho de Spearman para determinar el grado de correlación tanta positiva,como negativa de las variables y sus dimensiones ; y también para poder determinar la significancia con un nivel de confianza del 95%;considerando $p < 0.05$, como significativo; respondiendo a las hipótesis planteadas.

4.7 Aspectos Éticos en Investigación:

Se contó con la autorización debida ,con el fin de obtener los permisos para la aplicación de trabajo de campo ,se realizó la coordinación con el Representante de la Red de Salud Tarma,para ello se presentó un oficio solicitando la autorización para la aplicación de instrumentos de la investigación , y de esa manera poder aplicar la encuesta a la población de adultos mayores censados por su Red ,en la Población de Tarmatambo, tras ello, nos otorgaron la carta de aceptación y se programó una fecha para realizar la aplicación de la investigación.

En la investigación se tuvo en cuenta el principio ético de la autonomía, dado que se solicitó la aceptación del adulto mayor a participar del estudio a través del Consentimiento Informado (ver anexo 6) documento mediante el cual se brindó información sobre los fines del estudio, de la ausencia de riesgos, de la confidencialidad de la información, y sin prejuizgamiento, manteniendo el anonimato y respeto de su identificación.

Los datos recolectados en el estudio han sido procesados sin adulteración alguna por las investigadoras, por lo que se evidencia el contexto real de las variables de estudio.

V.RESULTADOS

5.1. Resultados Descriptivos:

TABLA 5.1.1.
ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DE 60 a 95 AÑOS DEL CENTRO POBLADO TARMATAMBO, TARMA - JUNÍN 2022

	N°	%
HABITOS PERSONALES DEFICIENTES	45	57,0
HABITOS PERSONALES SUFICIENTES	29	36,7
HABITOS PERSONALES SALUDABLES	5	6,3
Total	79	100,0

Fuente: Datos propios de la investigación

GRÁFICO 5.1.1.
ESTILOS DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DE 60 a 95 AÑOS DEL CENTRO POBLADO TARMATAMBO, TARMA - JUNÍN 2022

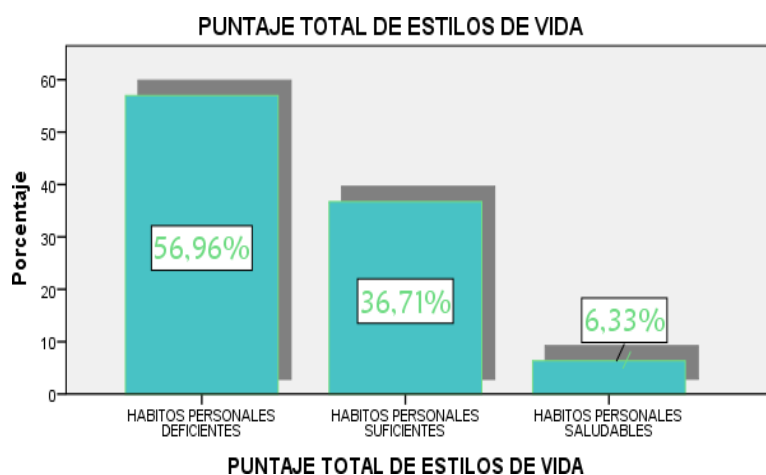


Gráfico 5.1.1. Se observó que el 56,96% (45) adultos mayores mantuvieron hábitos personales deficientes y el 6,33% (5) adultos mayores mantuvieron hábitos personales saludables.

TABLA 5.1.2.
ESTILOS DE VIDA EN SU DIMENSION NUTRICIÓN DE LOS ADULTOS
MAYORES DE 60 a 95 AÑOS DEL CENTRO POBLADO TARMATAMBO,
TARMA - JUNÍN 2022

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	NUNCA	12	15,2
	ALGUNAS VECES	42	53,2
	FRECUENTEMENTE	19	24,1
	RUTINARIAMENTE	6	7,6
	Total	79	100,0

Fuente: Datos propios de la investigación

GRÁFICO 5.1.2.
ESTILOS DE VIDA EN SU DIMENSION NUTRICIÓN DE LOS ADULTOS
MAYORES DE 60 a 95 AÑOS DEL CENTRO POBLADO TARMATAMBO,
TARMA - JUNÍN 2022

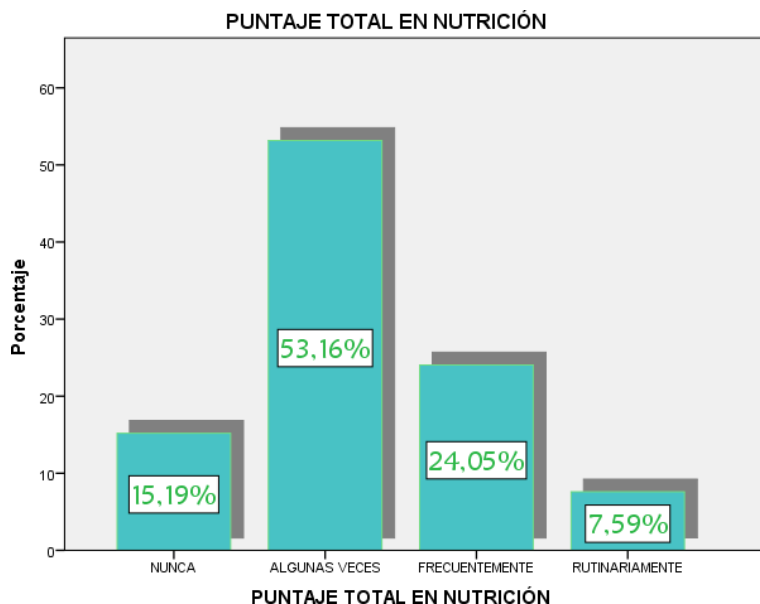


Gráfico 5.1.2. Se observó que el 53,16% (42) adultos mayores algunas veces mantuvieron una buena nutrición y el 7,59% (6) adultos mayores rutinariamente mantuvieron una buena nutrición.

TABLA 5.1.3.
ESTILOS DE VIDA EN SU DIMENSION EJERCICIO DE LOS ADULTOS
MAYORES DE 60 a 95 AÑOS DEL CENTRO POBLADO TARMATAMBO,
TARMA – JUNÍN 2022

	Frecuencia	Porcentaje
Válido NUNCA	29	36,7
ALGUNAS VECES	39	49,4
FRECUENTEMENTE	11	13,9
Total	79	100,0

Fuente: Datos propios de la investigación

GRÁFICO 5.1.3.
ESTILOS DE VIDA EN SU DIMENSION EJERCICIO DE LOS ADULTOS
MAYORES DE 60 a 95 AÑOS DEL CENTRO POBLADO TARMATAMBO,
TARMA - JUNÍN 2022

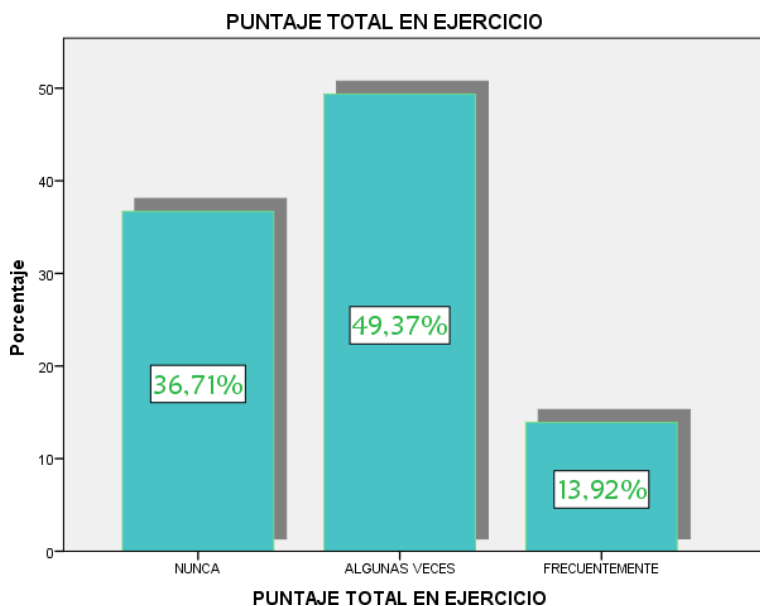


Gráfico 5.1.3. Se observó que el 49,37% (39) adultos mayores algunas veces realizaron ejercicios y el 13,92% (11) adultos mayores frecuentemente realizaron ejercicios.

TABLA 5.1.4.
ESTILOS DE VIDA EN SU DIMENSION RESPONSABILIDAD EN SALUD DE
LOS ADULTOS MAYORES DE 60 a 95 AÑOS DEL CENTRO POBLADO
TARMATAMBO, TARMA - JUNÍN 2022

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	NUNCA	35	44,3
	ALGUNAS VECES	30	38,0
	FRECUENTEMENTE	13	16,5
	RUTINARIAMENTE	1	1,3
	Total	79	100,0

Fuente: Datos propios de la investigación

GRÁFICO 5.1.4.
ESTILOS DE VIDA EN SU DIMENSION RESPONSABILIDAD EN SALUD DE
LOS ADULTOS MAYORES DE 60 a 95 AÑOS DEL CENTRO POBLADO
TARMATAMBO, TARMA - JUNÍN 2022

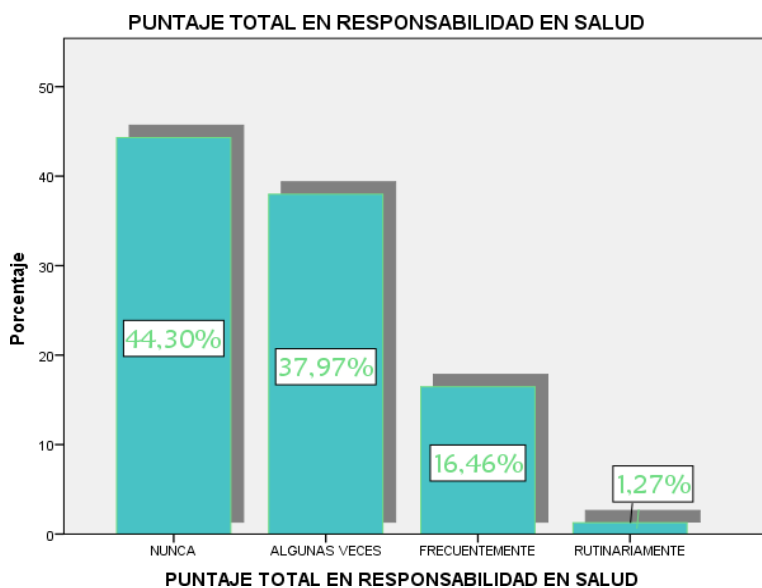


Gráfico 5.1.4. Se observó que el 44,30% (35) adultos mayores nunca mantuvieron una responsabilidad en salud y el 1,27% (1) adulto mayor rutinariamente mantuvieron una responsabilidad en salud.

TABLA 5.1.5.
ESTILOS DE VIDA EN SU DIMENSION MANEJO DEL ESTRÉS DE LOS
ADULTOS MAYORES DE 60 a 95 AÑOS DEL CENTRO POBLADO
TARMATAMBO, TARMA - JUNÍN 2022

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	NUNCA	36	45,6
	ALGUNAS VECES	31	39,2
	FRECUENTEMENTE	9	11,4
	RUTINARIAMENTE	3	3,8
	Total	79	100,0

Fuente: Datos propios de la investigación

GRÁFICO 5.1.5.
ESTILOS DE VIDA EN SU DIMENSION MANEJO DEL ESTRÉS DE LOS
ADULTOS MAYORES DE 60 a 95 AÑOS DEL CENTRO POBLADO
TARMATAMBO, TARMA - JUNÍN 2022

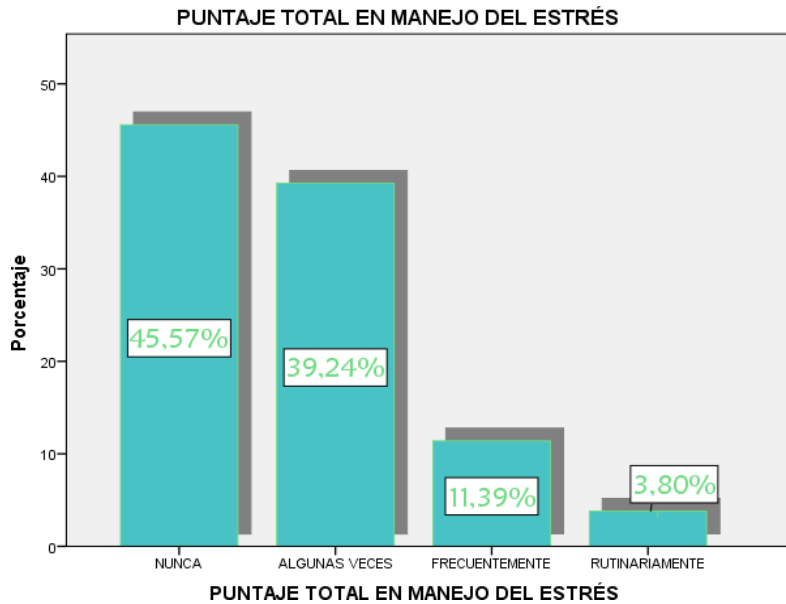


Gráfico 5.1.5. Se observó que el 45,57% (36) adultos mayores nunca tuvieron un manejo del estrés y el 3,80% (3) adultos mayores rutinariamente tuvieron un manejo del estrés.

TABLA 5.1.6.
ESTILOS DE VIDA EN SU DIMENSION SOPORTE INTERPERSONAL DE LOS
ADULTOS MAYORES DE 60 a 95 AÑOS DEL CENTRO POBLADO
TARMATAMBO, TARMA - JUNÍN 2022

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	NUNCA	40	50,6
	ALGUNAS VECES	27	34,2
	FRECUENTEMENTE	10	12,7
	RUTINARIAMENTE	2	2,5
	Total	79	100,0

Fuente: Datos propios de la investigación

GRÁFICO 5.1.6.
ESTILOS DE VIDA EN SU DIMENSION SOPORTE INTERPERSONAL DE LOS
ADULTOS MAYORES DE 60 a 95 AÑOS DEL CENTRO POBLADO
TARMATAMBO, TARMA - JUNÍN 2022

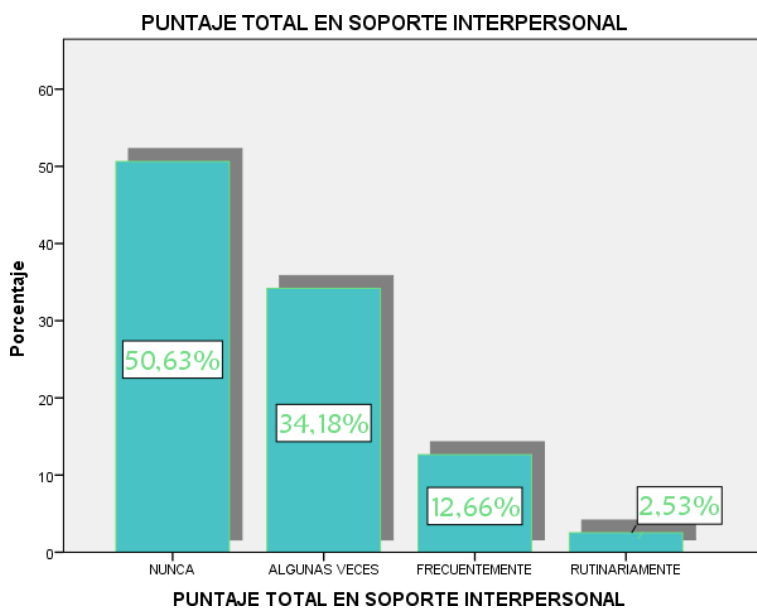


Gráfico 5.1.6. Se observó que el 50,63% (40) adultos mayores nunca mantuvieron un soporte interpersonal y el 2,53% (2) adultos mayores rutinariamente mantuvieron un soporte interpersonal

TABLA 5.1.7.
ESTILOS DE VIDA EN SU DIMENSION AUTOACTUALIZACIÓN DE LOS
ADULTOS MAYORES DE 60 a 95 AÑOS DEL CENTRO POBLADO
TARMATAMBO, TARMA - JUNÍN 2022

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	NUNCA	18	22,8
	ALGUNAS VECES	47	59,5
	FRECUENTEMENTE	9	11,4
	RUTINARIAMENTE	5	6,3
	Total	79	100,0

Fuente: Datos propios de la investigación

GRÁFICO 5.1.7.
ESTILOS DE VIDA EN SU DIMENSION AUTOACTUALIZACIÓN DE LOS
ADULTOS MAYORES DE 60 a 95 AÑOS DEL CENTRO POBLADO
TARMATAMBO, TARMA - JUNÍN 2022

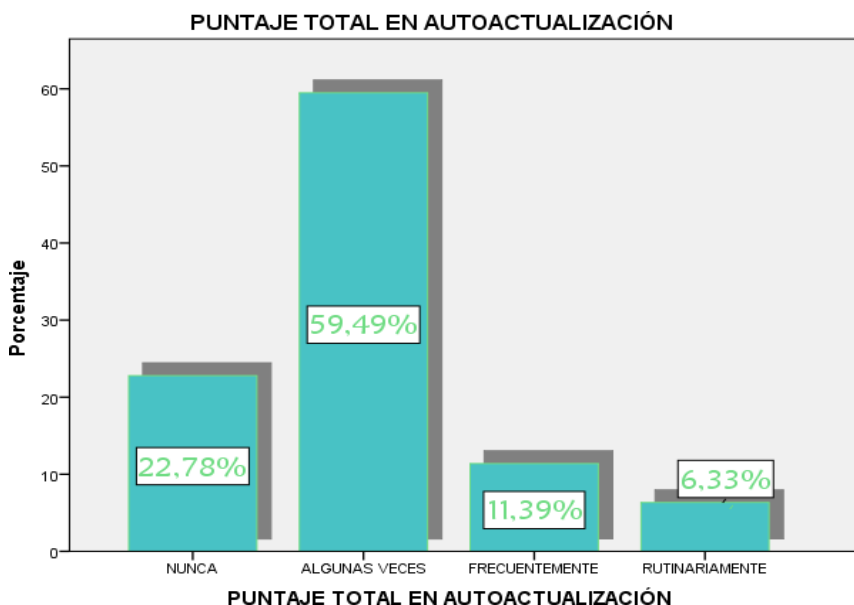


Gráfico 5.1.7. Se observó que el 59,49% (47) adultos mayores alguna vez tuvieron una autoactualización y el 6,33% (5) adultos mayores rutinariamente tuvieron una autoactualización.

TABLA 5.1.8.
RIESGO DE CAÍDAS DE LOS ADULTOS MAYORES DE 60 a 95 AÑOS DEL
CENTRO POBLADO TARMATAMBO, TARMA - JUNÍN 2022

	Frecuencia	Porcentaje
RIESGO BAJO DE CAÍDAS	6	7,6
RIESGO ALTO DE CAÍDAS	73	92,4
Total	79	100,0

Fuente: Datos propios de la investigación

GRÁFICO 5.1.8.
RIESGO DE CAÍDAS DE LOS ADULTOS MAYORES DE 60 a 95 AÑOS DEL
CENTRO POBLADO TARMATAMBO, TARMA - JUNÍN 2022

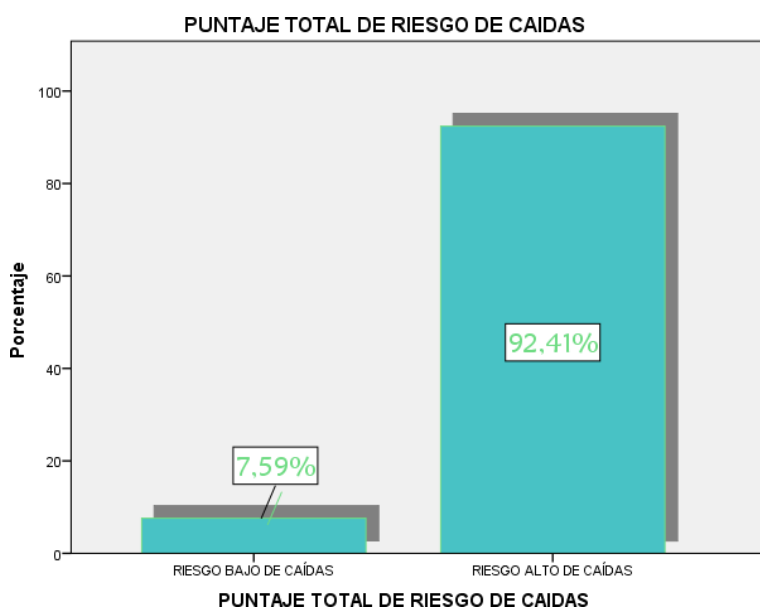


Gráfico 5.1.8. Se observó que el 92,41% (73) adultos mayores mantuvieron un riesgo alto de caída y el 7,59% (6) adultos mayores mantuvieron un riesgo bajo de caída.

TABLA 5.1.9.
RIESGO DE CAÍDAS EN SU DIMENSIÓN CAÍDAS PREVIAS DE LOS
ADULTOS MAYORES DE 60 a 95 AÑOS DEL CENTRO POBLADO
TARMATAMBO, TARMA - JUNÍN 2022

	Frecuencia	Porcentaje
NO TUBO CAÍDAS PREVIAS	28	35,4
SI TUBO CAÍDAS PREVIAS	51	64,6
Total	79	100,0

Fuente: Datos propios de la investigación

GRÁFICO 5.1.9.
RIESGO DE CAÍDAS EN SU DIMENSIÓN CAÍDAS PREVIAS DE LOS
ADULTOS MAYORES DE 60 a 95 AÑOS DEL CENTRO POBLADO
TARMATAMBO, TARMA - JUNÍN 2022

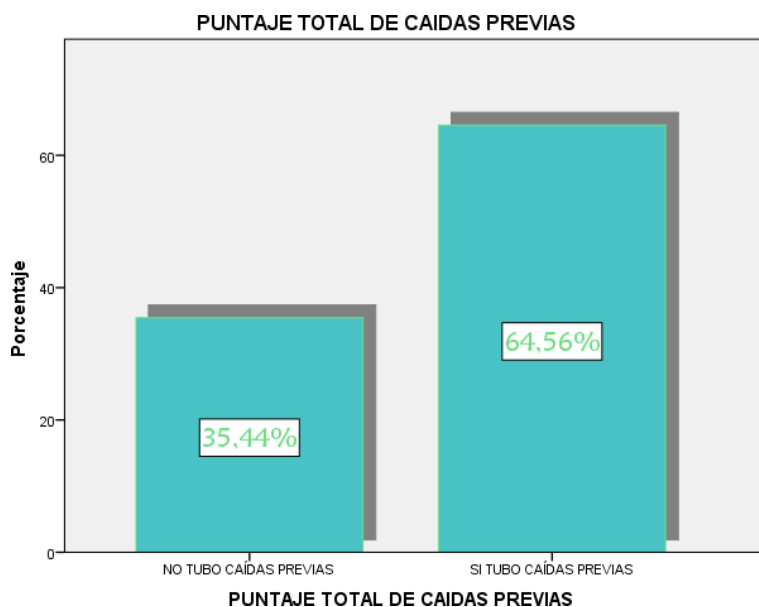


Gráfico 5.1.9. Se observó que el 64,56% (51) adultos mayores si tuvieron caídas previas y el 35,44% (28) adultos mayores no tuvieron caídas previas.

TABLA 5.1.10.
RIESGO DE CAÍDAS EN SU DIMENSIÓN MEDICAMENTOS DE LOS ADULTOS
MAYORES DE 60 a 95 AÑOS DEL CENTRO POBLADO TARMATAMBO,
TARMA - JUNÍN 2022

	Frecuencia	Porcentaje
NO TOMA MEDICAMENTOS	31	39,2
TOMA 1 MEDICAMENTO	18	22,8
TOMA 2 MEDICAMENTOS	21	26,6
TOMA 3 MEDICAMENTOS	8	10,1
TOMA 4 MEDICAMENTOS	1	1,3
Total	79	100,0

Fuente: Datos propios de la investigación

GRÁFICO 5.1.10.
RIESGO DE CAÍDAS EN SU DIMENSIÓN MEDICAMENTOS DE LOS ADULTOS
MAYORES DE 60 a 95 AÑOS DEL CENTRO POBLADO TARMATAMBO,
TARMA - JUNÍN 2022

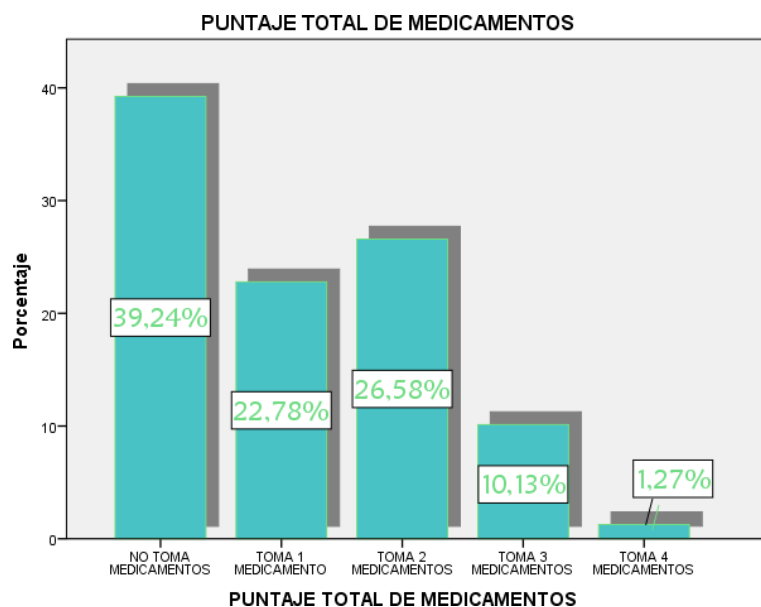


Gráfico 5.1.10. Se observó que el 39,24% (31) adultos mayores no tomaron medicamentos y el 1,27% (1) adulto mayor tomaron 4 medicamentos.

**TABLA 5.1.11.
RIESGO DE CAÍDAS EN SU DIMENSIÓN DÉFICIT SENSORIALES DE LOS
ADULTOS MAYORES DE 60 a 95 AÑOS DEL CENTRO POBLADO
TARMATAMBO, TARMA - JUNÍN 2022**

	Frecuencia	Porcentaje
NO TIENE DÉFICIT SENSORIAL	11	13,9
TIENE 1 DÉFICIT SENSORIAL	26	32,9
TIENE 2 DÉFICIT SENSORIALES	31	39,2
TIENE 3 DÉFICIT SENSORIALES	11	13,9
Total	79	100,0

Fuente: Datos propios de la investigación

**GRÁFICO 5.1.11.
RIESGO DE CAÍDAS EN SU DIMENSIÓN DÉFICIT SENSORIALES DE LOS
ADULTOS MAYORES DE 60 a 95 AÑOS DEL CENTRO POBLADO
TARMATAMBO, TARMA - JUNÍN 2022**

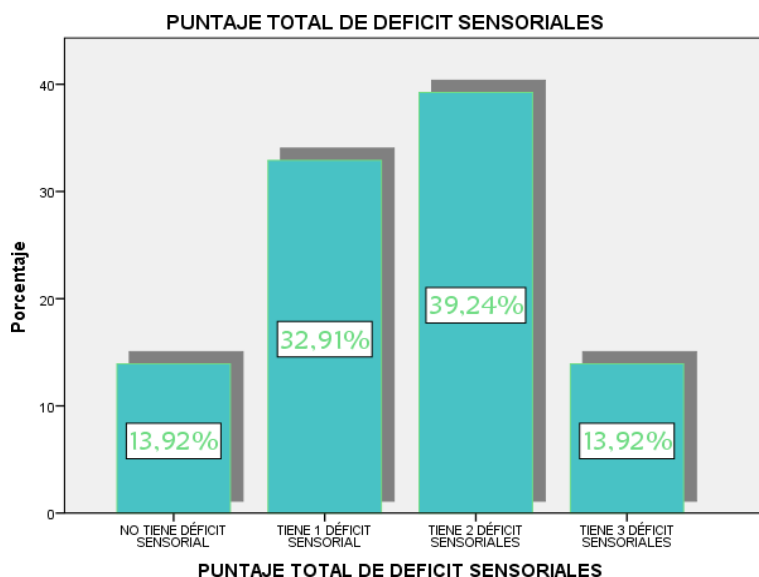


Gráfico 5.1.11. Se observó que el 39,24% (31) adultos mayores tiene 2 déficit sensoriales, 13,92% (11) adultos mayores no tiene déficit sensorial y el 13,92% (11) adultos mayores tienen 3 déficit sensoriales

TABLA 5.1.12.
RIESGO DE CAÍDAS EN SU DIMENSIÓN ESTADO MENTAL DE LOS
ADULTOS MAYORES DE 60 a 95 AÑOS DEL CENTRO POBLADO
TARMATAMBO, TARMA - JUNÍN 2022

	Frecuencia	Porcentaje
ORIENTADO	34	43,0
CONFUSO	45	57,0
Total	79	100,0

Fuente: Datos propios de la investigación

GRÁFICO 5.1.12.
RIESGO DE CAÍDAS EN SU DIMENSIÓN ESTADO MENTAL DE LOS
ADULTOS MAYORES DE 60 a 95 AÑOS DEL CENTRO POBLADO
TARMATAMBO, TARMA - JUNÍN 2022

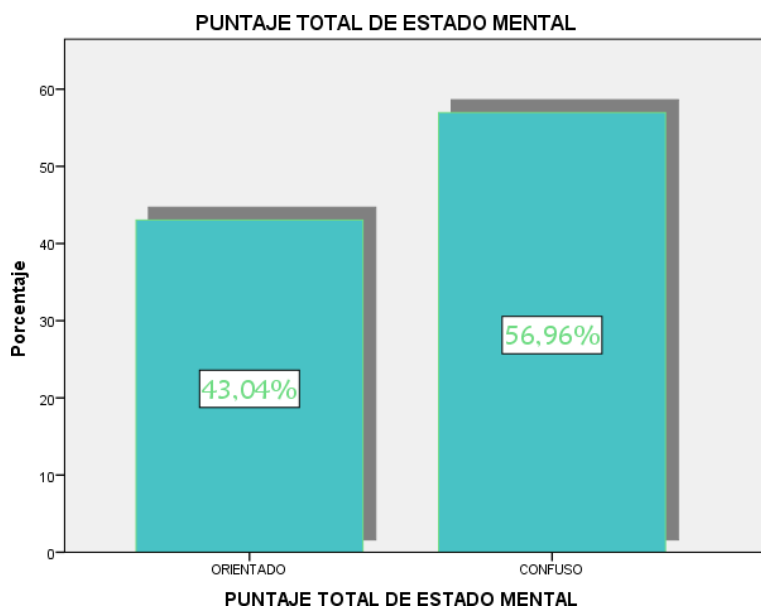


Gráfico 5.1.12. Se observó que el 56,96% (45) adultos mayores tienen un estado mental confuso y el 43,04% (34) adultos mayores tiene un estado mental orientado.

TABLA 5.1.13.
RIESGO DE CAÍDAS EN SU DIMENSIÓN DEAMBULACIÓN DE LOS ADULTOS
MAYORES DE 60 a 95 AÑOS DEL CENTRO POBLADO TARMATAMBO,
TARMA - JUNÍN 2022

	Frecuencia	Porcentaje
DEAMBULA CON NORMALIDAD	6	7,6
NO DEAMBULA	1	1,3
DEAMBULA CON AYUDA	72	91,1
Total	79	100,0

Fuente: Datos propios de la investigación

GRÁFICO 5.1.13.
RIESGO DE CAÍDAS EN SU DIMENSIÓN DEAMBULACIÓN DE LOS ADULTOS
MAYORES DE 60 a 95 AÑOS DEL CENTRO POBLADO TARMATAMBO,
TARMA - JUNÍN 2022

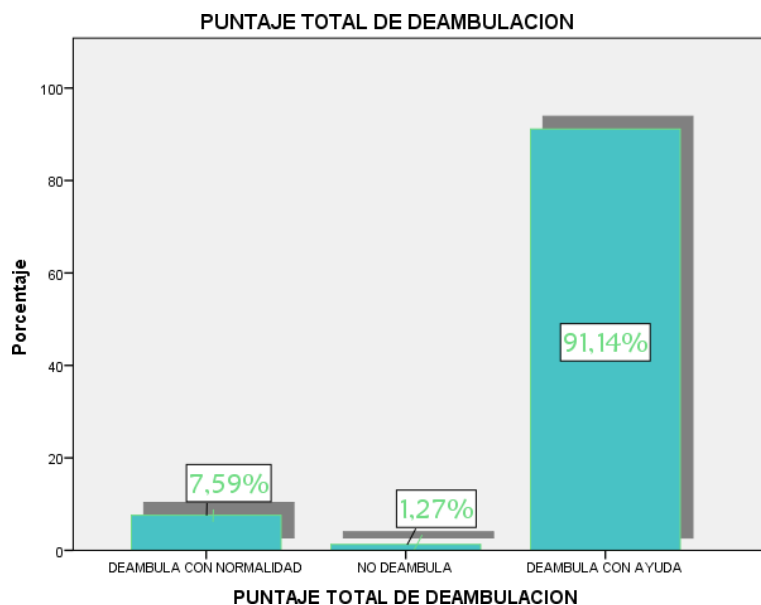


Gráfico 5.1.13. Se observó que el 91,14% (72) adultos mayores deambulan con ayuda y el 1,27% (1) adultos mayores no deambula.

5.2. Resultados inferenciales

TABLA 5.2.1.
RELACIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA Y RIESGO CAÍDA DE LOS ADULTOS MAYORES DE 60 a 95 AÑOS DEL CENTRO POBLADO TARMATAMBO, TARMA – JUNÍN 2022

			PUNTAJE TOTAL DE RIESGO DE CAIDAS		Total
			RIESGO BAJO DE CAÍDA	RIESGO ALTO DE CAÍDA	
PUNTAJE TOTAL DE ESTILOS DE VIDA	ESTILOS DE VIDA DEFICIENTES	Recuento	1	59	60
		% dentro de PUNTAJE TOTAL DE ESTILOS DE VIDA	1,7%	98,3%	100,0%
	ESTILOS DE VIDA SUFICIENTES	Recuento	0	14	14
		% dentro de PUNTAJE TOTAL DE ESTILOS DE VIDA	0,0%	100,0%	100,0%
	ESTILOS DE VIDA SALUDABLES	Recuento	5	0	5
		% dentro de PUNTAJE TOTAL DE ESTILOS DE VIDA	100,0%	0,0%	100,0%
Total		Recuento	6	73	79
		% dentro de PUNTAJE TOTAL DE ESTILOS DE VIDA	7,6%	92,4%	100,0%

Fuente: Datos propios de la investigación

GRÁFICO 5.2.1.
RELACIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA Y RIESGO CAÍDA DE LOS ADULTOS MAYORES DE 60 a 95 AÑOS DEL CENTRO POBLADO TARMATAMBO, TARMA - JUNÍN 2022

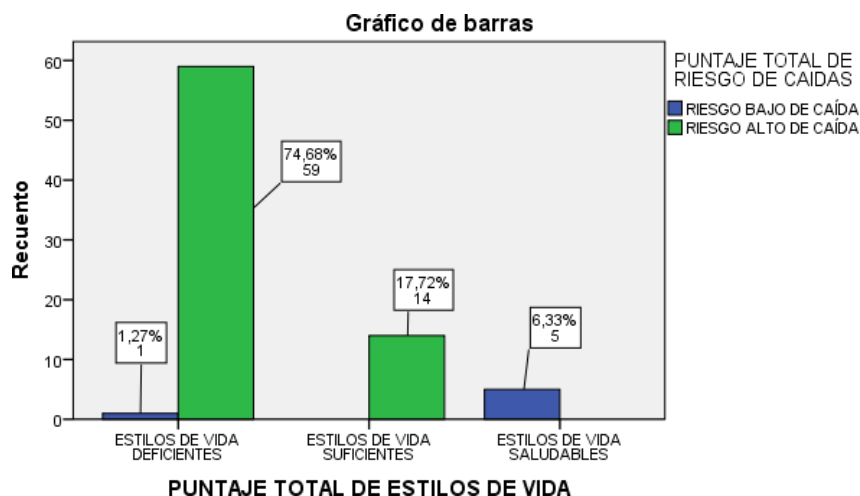


Gráfico 5.2.1 Se observó que el 74,68% (59) adultos mayores presentaron estilos de vida deficientes y un riesgo alto de caída, el 6,33% (5) adultos mayores presentaron estilos de vida saludables y un riesgo bajo de caída.

TABLA 5.2.2.
RELACIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA Y RIESGO DE CAÍDAS EN SU
DIMENSIÓN CAÍDAS PREVIAS DE LOS ADULTOS MAYORES DE 60 a 95
AÑOS DEL CENTRO POBLADO TARMATAMBO, TARMA - JUNÍN 2022

			PUNTAJE TOTAL DE CAIDAS PREVIAS		Total
			NO TUBO CAÍDAS PREVIAS	SI TUBO CAÍDAS PREVIAS	
PUNTAJE TOTAL DE ESTILOS DE VIDA	ESTILOS DE VIDA DEFICIENTES	Recuento % dentro de PUNTAJE TOTAL DE ESTILOS DE VIDA	19 31,7%	41 68,3%	60 100,0%
	ESTILOS DE VIDA SUFICIENTES	Recuento % dentro de PUNTAJE TOTAL DE ESTILOS DE VIDA	4 28,6%	10 71,4%	14 100,0%
	ESTILOS DE VIDA SALUDABLES	Recuento % dentro de PUNTAJE TOTAL DE ESTILOS DE VIDA	5 100,0%	0 0,0%	5 100,0%
Total		Recuento % dentro de PUNTAJE TOTAL DE ESTILOS DE VIDA	28 35,4%	51 64,6%	79 100,0%

Fuente: Datos propios de la investigación

GRÁFICO 5.2.2.
RELACIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA Y RIESGO DE CAÍDAS EN SU
DIMENSIÓN CAÍDAS PREVIAS DE LOS ADULTOS MAYORES DE 60 a 95
AÑOS DEL CENTRO POBLADO TARMATAMBO, TARMA - JUNÍN 2022

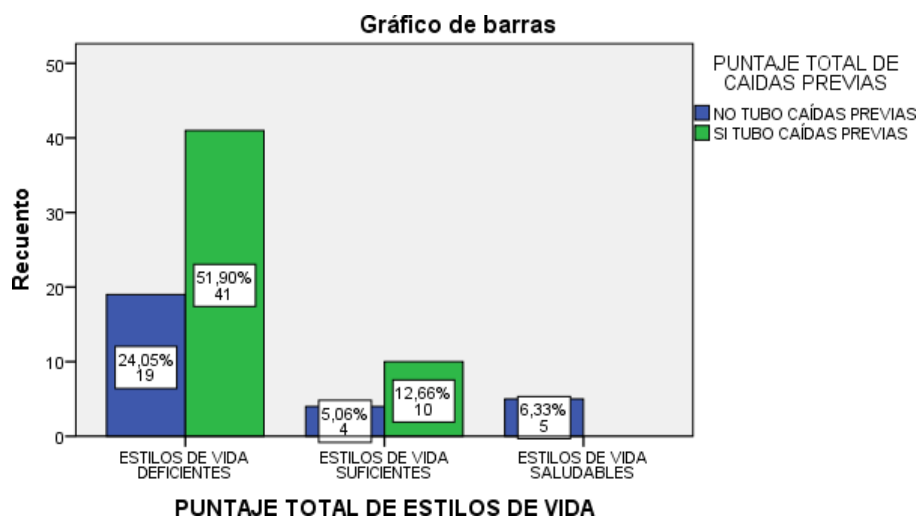


Gráfico 5.2.2. Se observó que el 51,90% (41) adultos mayores presentaron estilos de vida deficientes y si tuvieron caídas previas, el 6,33% (5) adultos mayores presentaron estilos de vida saludables y no tuvieron caídas previas.

TABLA 5.2.3.
RELACIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA Y RIESGO DE CAÍDAS EN SU
DIMENSIÓN MEDICAMENTOS DE LOS ADULTOS MAYORES DE 60 a 95
AÑOS DEL CENTRO POBLADO TARMATAMBO, TARMA - JUNÍN 2022

			PUNTAJE TOTAL DE MEDICAMENTOS					Total
			NO TOMA MEDICAMENTOS	TOMA 1 MEDICAMENTOS	TOMA 2 MEDICAMENTOS	TOMA 3 MEDICAMENTOS	TOMA 4 MEDICAMENTOS	
PUNTAJE TOTAL DE ESTILOS DE VIDA	ESTILOS DE VIDA DEFICIENTES	Recuento % dentro de PUNTAJE TOTAL DE ESTILOS DE VIDA	19 31,7%	14 23,3%	19 31,7%	7 11,7%	1 1,7%	60 100,0%
	ESTILOS DE VIDA SUFICIENTES	Recuento % dentro de PUNTAJE TOTAL DE ESTILOS DE VIDA	7 50,0%	4 28,6%	2 14,3%	1 7,1%	0 0,0%	14 100,0%
	ESTILOS DE VIDA SALUDABLES	Recuento % dentro de PUNTAJE TOTAL DE ESTILOS DE VIDA	5 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	5 100,0%
Total		Recuento % dentro de PUNTAJE TOTAL DE ESTILOS DE VIDA	31 39,2%	18 22,8%	21 26,6%	8 10,1%	1 1,3%	79 100,0%

Fuente: Datos propios de la investigación

GRÁFICO 5.2.3.
RELACIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA Y RIESGO DE CAÍDAS EN SU
DIMENSIÓN MEDICAMENTOS DE LOS ADULTOS MAYORES DE 60 a 95
AÑOS DEL CENTRO POBLADO TARMATAMBO, TARMA - JUNÍN 2022

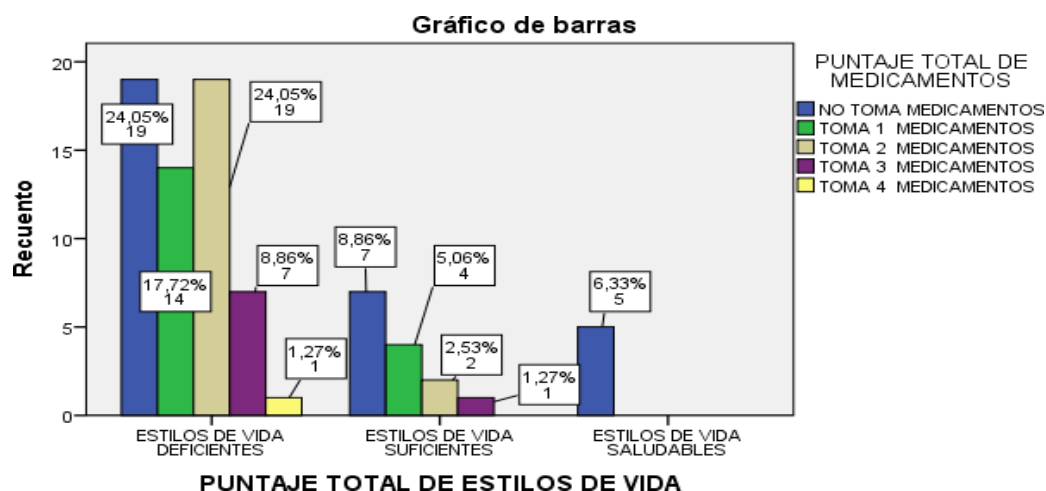


Gráfico 5.2.3. Se observó que el 24,05% (19) adultos mayores presentaron estilos de vida deficientes y toman 2 medicamentos, el 6,33% (5) adultos mayores presentaron estilos de vida saludables y no toman medicamentos.

TABLA 5.2.4.
RELACIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA Y RIESGO DE CAÍDAS EN SU
DIMENSIÓN DÉFICIT SENSORIALES DE LOS ADULTOS MAYORES DE 60 a
95 AÑOS DEL CENTRO POBLADO TARMATAMBO, TARMA - JUNÍN 2022

			PUNTAJE TOTAL DE DEFICIT SENSORIALES				Total
			NO TIENE DÉFICIT SENSORIAL	TIENE 1 DÉFICIT SENSORIAL	TIENE 2 DÉFICIT SENSORIALES	TIENE 3 DÉFICIT SENSORIALES	
PUNTAJE TOTAL DE ESTILOS DE VIDA	ESTILOS DE VIDA DEFICIENTES	Recuento % dentro de PUNTAJE TOTAL DE ESTILOS DE VIDA	6 10,0%	20 33,3%	25 41,7%	9 15,0%	60 100,0%
	ESTILOS DE VIDA SUFICIENTES	Recuento % dentro de PUNTAJE TOTAL DE ESTILOS DE VIDA	1 7,1%	6 42,9%	5 35,7%	2 14,3%	14 100,0%
	ESTILOS DE VIDA SALUDABLES	Recuento % dentro de PUNTAJE TOTAL DE ESTILOS DE VIDA	4 80,0%	0 0,0%	1 20,0%	0 0,0%	5 100,0%
Total		Recuento % dentro de PUNTAJE TOTAL DE ESTILOS DE VIDA	11 13,9%	26 32,9%	31 39,2%	11 13,9%	79 100,0%

Fuente: Datos propios de la investigación

GRÁFICO 5.2.4.
RELACIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA Y RIESGO DE CAÍDAS EN SU
DIMENSIÓN DÉFICIT SENSORIALES DE ADULTOS MAYORES DE 60 a 95
AÑOS DEL CENTRO POBLADO TARMATAMBO, TARMA - JUNÍN 2022

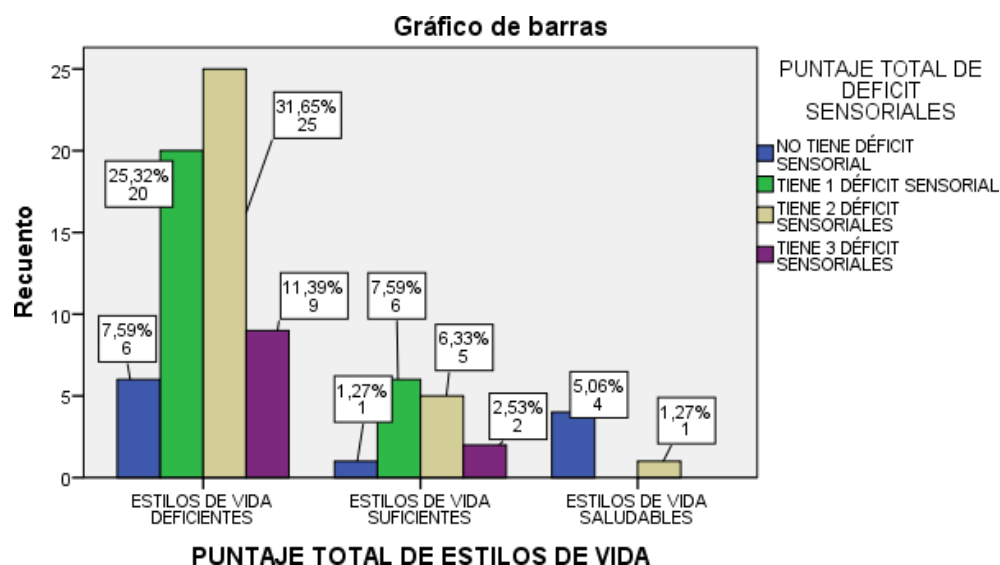


Gráfico 5.2.4. Se observó que el 31,65% (25) adultos mayores presentaron estilos de vida deficientes y tienen 2 déficits sensoriales, el 5,06% (4) adultos mayores presentaron estilos de vida saludables y no tienen déficit sensorial.

TABLA 5.2.5.
RELACIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA Y RIESGO DE CAÍDAS EN SU
DIMENSIÓN ESTADO MENTAL DE LOS ADULTOS MAYORES DE 60 a 95
AÑOS DEL CENTRO POBLADO TARMATAMBO, TARMA - JUNÍN 2022

			PUNTAJE TOTAL DE ESTADO MENTAL		Total
			ORIENTADO	CONFUSO	
ESTILOS DE VIDA	ESTILOS DE VIDA DEFICIENTES	Recuento	22	38	60
		% dentro de PUNTAJE TOTAL DE ESTILOS DE VIDA	36,7%	63,3%	100,0%
	ESTILOS DE VIDA SUFICIENTES	Recuento	7	7	14
		% dentro de PUNTAJE TOTAL DE ESTILOS DE VIDA	50,0%	50,0%	100,0%
	ESTILOS DE VIDA SALUDABLES	Recuento	5	0	5
		% dentro de PUNTAJE TOTAL DE ESTILOS DE VIDA	100,0%	0,0%	100,0%
Total		Recuento	34	45	79
		% dentro de PUNTAJE TOTAL DE ESTILOS DE VIDA	43,0%	57,0%	100,0%

Fuente: Datos propios de la investigación

GRÁFICO 5.2.5.
RELACIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA Y RIESGO DE CAÍDAS EN SU
DIMENSIÓN ESTADO MENTAL DE LOS ADULTOS MAYORES DE 60 a 95
AÑOS DEL CENTRO POBLADO TARMATAMBO, TARMA - JUNÍN 2022

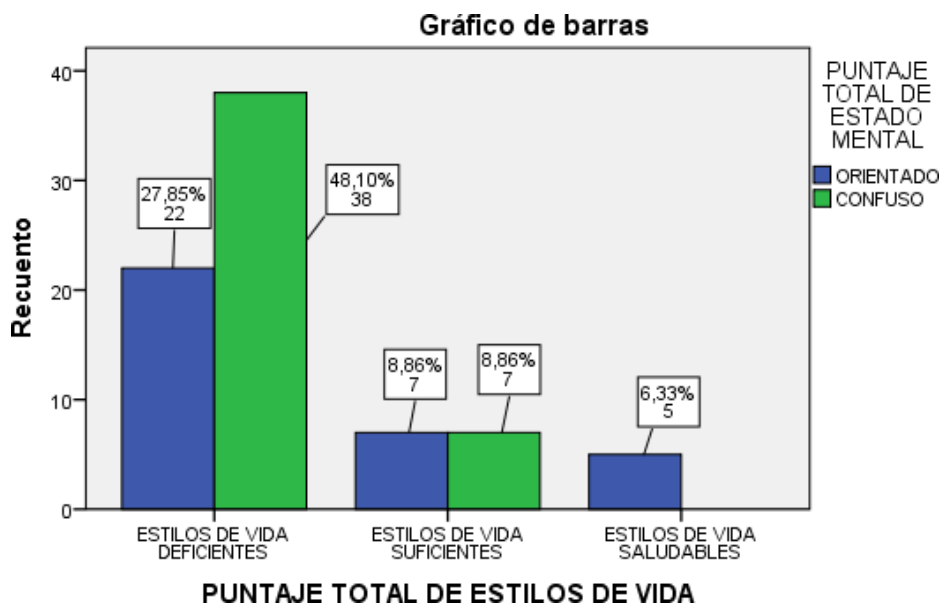


Gráfico 5.2.5. Se observó que el 48,10% (38) adultos mayores presentaron estilos de vida deficientes y mantienen un estado mental confuso, el 6,33% (5) adultos mayores presentaron estilos de vida saludables y mantienen un estado mental orientado.

TABLA 5.2.6.
RELACIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA Y RIESGO DE CAÍDAS EN SU
DIMENSIÓN DEAMBULACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DE 60 a 95
AÑOS DEL CENTRO POBLADO TARMATAMBO, TARMA - JUNÍN 2022

			PUNTAJE TOTAL DE DEAMBULACION			Total
			DEAMBULA CON NORMALIDAD	NO DEAMBULA	DEAMBULA CON AYUDA	
PUNTAJE TOTAL DE ESTILOS DE VIDA	ESTILOS DE VIDA DEFICIENTES	Recuento % dentro de PUNTAJE TOTAL DE ESTILOS DE VIDA	4 6,7%	0 0,0%	56 93,3%	60 100,0%
	ESTILOS DE VIDA SUFICIENTES	Recuento % dentro de PUNTAJE TOTAL DE ESTILOS DE VIDA	0 0,0%	0 0,0%	14 100,0%	14 100,0%
	ESTILOS DE VIDA SALUDABLES	Recuento % dentro de PUNTAJE TOTAL DE ESTILOS DE VIDA	2 40,0%	1 20,0%	2 40,0%	5 100,0%
Total		Recuento % dentro de PUNTAJE TOTAL DE ESTILOS DE VIDA	6 7,6%	1 1,3%	72 91,1%	79 100,0%

Fuente: Datos propios de la investigación

GRÁFICO 5.2.6.
RELACIÓN DE LOS ESTILOS DE VIDA Y RIESGO DE CAÍDAS EN SU
DIMENSIÓN DEAMBULACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DE 60 a 95
AÑOS DEL CENTRO POBLADO TARMATAMBO, TARMA - JUNÍN 2022

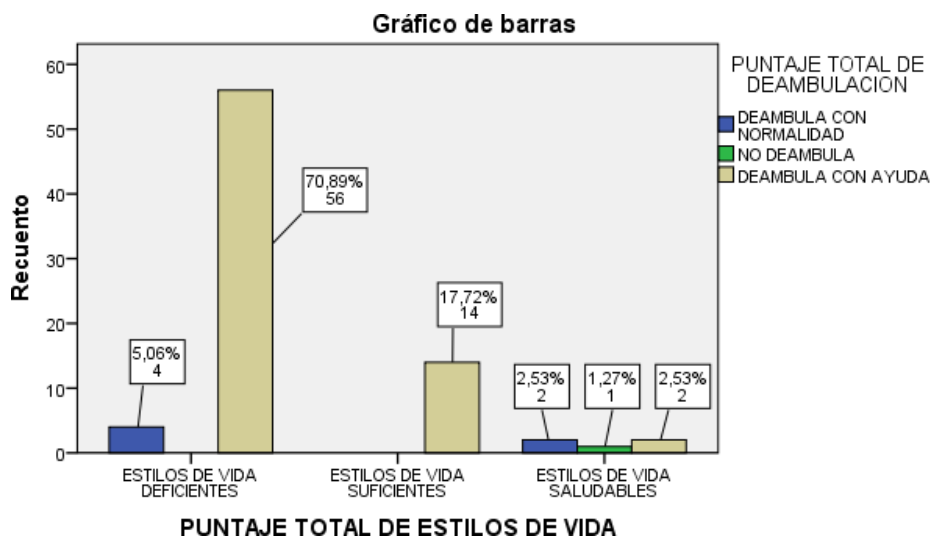


Gráfico 5.2.6. Se observó que el 70,89% (56) adultos mayores presentaron estilos de vida deficientes y deambulan con ayuda, el 2,53% (2) adultos mayores presentaron estilos de vida saludables y deambula con normalidad.

5.3. Otros Resultados Estadísticos:

**TABLA 5.3.1.
PRUEBA DE NORMALIDAD**

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
PUNTAJE TOTAL EN NUTRICIÓN	,301	79	,000	,844	79	,000
PUNTAJE TOTAL EN EJERCICIO	,264	79	,000	,788	79	,000
PUNTAJE TOTAL EN RESPONSABILIDAD EN SALUD	,275	79	,000	,797	79	,000
PUNTAJE TOTAL EN MANEJO DEL ESTRÉS	,273	79	,000	,785	79	,000
PUNTAJE TOTAL EN SOPORTE INTERPERSONAL	,307	79	,000	,769	79	,000
PUNTAJE TOTAL EN AUTOACTUALIZACIÓN	,329	79	,000	,792	79	,000
PUNTAJE TOTAL DE ESTILOS DE VIDA	,358	79	,000	,711	79	,000
PUNTAJE TOTAL DE CAIDAS PREVIAS	,415	79	,000	,605	79	,000
PUNTAJE TOTAL DE MEDICAMENTOS	,240	79	,000	,844	79	,000
PUNTAJE TOTAL DE DEFICIT SENSORIALES	,230	79	,000	,878	79	,000
PUNTAJE TOTAL DE ESTADO MENTAL	,376	79	,000	,629	79	,000
PUNTAJE TOTAL DE DEAMBULACION	,531	79	,000	,319	79	,000
PUNTAJE TOTAL DE RIESGO DE CAIDAS	,536	79	,000	,292	79	,000

Tabla 5.3.1. Se utilizó la prueba de Normalidad de Kolmogorou por tener una muestra de 79 adultos mayores, obteniendo como resultado en la Significancia, un valor de (0,000) considerándose una prueba No Normal.

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1 Contrastación y Demostración de la Hipótesis con los Resultados.

6.1.1. HIPOTESIS GENERAL :

- Ho = No Existe relación en los estilos de vida y riesgos de caída en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo, Tarma - Junín 2022.
- Ha = Existe relación en los estilos de vida y riesgos de caída en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo, Tarma - Junín 2022.

**TABLA 6.1.1.
ESTILOS DE VIDA Y RIESGOS DE CAÍDA DE LOS ADULTOS MAYORES DE
60 a 95 AÑOS DEL CENTRO POBLADO TARMATAMBO, TARMA - JUNÍN 2022**

			PUNTAJE TOTAL DE ESTILOS DE VIDA	PUNTAJE TOTAL DE RIESGO DE CAIDAS
Rho de Spearman	PUNTAJE TOTAL DE ESTILOS DE VIDA	Coefficiente de correlación	1,000	-,450**
		Sig. (bilateral)	.	,000
	N		79	79
	PUNTAJE TOTAL DE RIESGO DE CAIDAS	Coefficiente de correlación	-,450**	1,000
Sig. (bilateral)		,000	.	
N		79	79	

Para aceptar o rechazar la Hipótesis, se observa el nivel de significancia de la correlación de ambas variables expuestas. Como resultado tenemos (0,00), no obstante, al ser menor que (0,05) se acepta la Hipótesis Alterna.

La correlación de ambas variables es de (-0,450), según The SAGE Glossary of the Social and Behavioral Sciences (52), podemos decir que existe una relación negativa media.

Se concluyo que **SI** Existe relación en los estilos de vida y riesgos de caída en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo, Tarma - Junín 2022.

6.1.2. HIPOTESIS ESPECÍFICA 1 :

- Ho = No Existe relación en los estilos de vida y riesgo de caídas en su dimensión caídas previas en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo, Tarma - Junín 2022.
- Ha = Existe relación en los estilos de vida y riesgo de caídas en su dimensión caídas previas en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo, Tarma - Junín 2022.

**TABLA 6.1.2.
ESTILOS DE VIDA Y RIESGOS DE CAÍDA EN SU DIMENSIÓN CAÍDAS
PREVIAS DE LOS ADULTOS MAYORES DE 60 a 95 AÑOS DEL CENTRO
POBLADO TARMATAMBO, TARMA - JUNÍN 2022**

Correlaciones			PUNTAJE TOTAL DE ESTILOS DE VIDA	PUNTAJE TOTAL DE CAIDAS PREVIAS
Rho de Spearman	PUNTAJE TOTAL DE ESTILOS DE VIDA	Coefficiente de correlación	1,000	-,267*
		Sig. (bilateral)	.	,018
	PUNTAJE TOTAL DE CAIDAS PREVIAS	N	79	79
		Coefficiente de correlación	-,267*	1,000
		Sig. (bilateral)	,018	.
		N	79	79

Para aceptar o rechazar la Hipótesis, se observa el nivel de significancia de la correlación de la variable y dimensión expuesta. Como resultado tenemos (0,018), no obstante, al ser menor que (0,05) se acepta la Hipótesis Alterna.

La correlación de ambas variables es de (-0,267), según The SAGE Glossary of the Social and Behavioral Sciences (52), podemos decir que existe una relación negativa media.

Se concluyo que **SI** Existe relación en los estilos de vida y riesgo de caídas en su dimensión caídas previas en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo, Tarma - Junín 2022.

6.1.3. HIPOTESIS ESPECÍFICA 2 :

- Ho = No Existe relación en los estilos de vida y riesgo de caídas en su dimensión medicamentos en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo, Tarma - Junín 2022.
- Ha = Existe relación en los estilos de vida y riesgo de caídas en su dimensión medicamentos en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo, Tarma - Junín 2022.

**TABLA 6.1.3.
ESTILOS DE VIDA Y RIESGOS DE CAÍDA EN SU DIMENSIÓN
MEDICAMENTOS DE LOS ADULTOS MAYORES DE 60 a 95 AÑOS DEL
CENTRO POBLADO TARMATAMBO, TARMA - JUNÍN 2022**

Correlaciones			PUNTAJE TOTAL DE ESTILOS DE VIDA	PUNTAJE TOTAL DE MEDICAMENTOS
Rho de Spearman	PUNTAJE TOTAL DE ESTILOS DE VIDA	Coeficiente de correlación	1,000	-,376**
		Sig. (bilateral)	.	,001
	PUNTAJE TOTAL DE MEDICAMENTOS	N	79	79
		Coeficiente de correlación	-,376**	1,000
		Sig. (bilateral)	,001	.
		N	79	79

Para aceptar o rechazar la Hipótesis, se observa el nivel de significancia de la correlación de la variable y dimensión expuesta. Como resultado tenemos (0,001), no obstante, al ser menor que (0,05) se acepta la Hipótesis Alterna.

La correlación de ambas variables es de (-0,376), según The SAGE Glossary of the Social and Behavioral Sciences (52), podemos decir que existe una relación negativa media.

Se concluyó que **SI** existe relación en los estilos de vida y riesgo de caídas en su dimensión medicamentos en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo, Tarma - Junín 2022.

6.1.4. HIPOTESIS ESPECÍFICA 3 :

- Ho = No Existe significativa en los estilos de vida y riesgo de caídas en su dimensión déficits sensoriales en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo, Tarma – Junín 2022.
- Ha = Existe relación en los estilos de vida y riesgo de caídas en su dimensión déficits sensoriales en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo, Tarma – Junín 2022.

TABLA 6.1.4.
ESTILOS DE VIDA Y RIESGOS DE CAÍDA EN SU DIMENSIÓN DÉFICITS
SENSORIALES DE LOS ADULTOS MAYORES DE 60 a 95 AÑOS DEL
CENTRO POBLADO TARMATAMBO, TARMA - JUNÍN 2022

Correlaciones			PUNTAJE TOTAL DE ESTILOS DE VIDA	PUNTAJE TOTAL DE DEFICIT SENSORIALES
Rho de Spearman	PUNTAJE TOTAL DE ESTILOS DE VIDA	Coeficiente de correlación	1,000	-,125
		Sig. (bilateral)	.	,273
	N	79	79	
	PUNTAJE TOTAL DE DEFICIT SENSORIALES	Coeficiente de correlación	-,125	1,000
Sig. (bilateral)		,273	.	
N		79	79	

Para aceptar o rechazar la Hipótesis, se observa el nivel de significancia de la correlación de la variable y dimensión expuesta. Como resultado tenemos (0,273), no obstante, al ser mayor que (0,05) se acepta la Hipótesis Nula.

La correlación de ambas variables es de (-0,125), según The SAGE Glossary of the Social and Behavioral Sciences(52), podemos decir que existe una relación negativa media.

Se concluyó que **NO** existe relación en los estilos de vida y riesgo de caídas en su dimensión déficits sensoriales en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo, Tarma – Junín 2022.

6.1.5. HIPOTESIS ESPECÍFICA 4 :

- Ho = No Existe relación en los estilos de vida y riesgo de caídas en su dimensión estado mental en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo, Tarma – Junín 2022.
- Ha = Existe relación en los estilos de vida y riesgo de caídas en su dimensión estado mental en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo, Tarma – Junín 2022.

**TABLA 6.1.5.
ESTILOS DE VIDA Y RIESGOS DE CAÍDA EN SU DIMENSIÓN ESTADO MENTAL DE LOS ADULTOS MAYORES DE 60 a 95 AÑOS DEL CENTRO POBLADO TARMATAMBO, TARMA - JUNÍN 2022**

Correlaciones			PUNTAJE TOTAL DE ESTILOS DE VIDA	PUNTAJE TOTAL DE ESTADO MENTAL
Rho de	PUNTAJE TOTAL DE ESTILOS DE VIDA	Coeficiente de correlación	1,000	-,316**
		Sig. (bilateral)	.	,004
Spearman	PUNTAJE TOTAL DE ESTADO MENTAL	N	79	79
		Coeficiente de correlación	-,316**	1,000
		Sig. (bilateral)	,004	.
		N	79	79

Para aceptar o rechazar la Hipótesis, se observa el nivel de significancia de la correlación de la variable y dimensión expuesta. Como resultado tenemos (0,004), no obstante, al ser menor que (0,05) se acepta la Hipótesis Alterna.

La correlación de ambas variables es de (-0,316), según The SAGE Glossary of the Social and Behavioral Sciences (52), podemos decir que existe una relación negativa media.

Se concluyó que **SI** existe relación en los estilos de vida y riesgo de caídas en su dimensión estado mental en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo, Tarma – Junín 2022.

6.1.6. HIPOTESIS ESPECÍFICA 5 :

- Ho = No Existe relación en los estilos de vida y riesgo de caídas en su dimensión deambulacion en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo, Tarma – Junín 2022.
- Ha = Existe relación en los estilos de vida y riesgo de caídas en su dimensión deambulacion en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo, Tarma – Junín 2022.

**TABLA 6.1.6.
ESTILOS DE VIDA Y RIESGOS DE CAÍDA EN SU DIMENSIÓN
DEAMBULACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DE 60 a 95 AÑOS DEL
CENTRO POBLADO TARMATAMBO, TARMA - JUNÍN 2022**

Correlaciones			PUNTAJE TOTAL DE ESTILOS DE VIDA	PUNTAJE TOTAL DE DEAMBULACION
Rho de Spearman	PUNTAJE TOTAL DE ESTILOS DE VIDA	Coeficiente de correlación	1,000	-,173
		Sig. (bilateral)	.	,126
	N		79	79
	PUNTAJE TOTAL DE DEAMBULACION	Coeficiente de correlación	-,173	1,000
Sig. (bilateral)		,126	.	
N		79	79	

Para aceptar o rechazar la Hipótesis, se observa el nivel de significancia de la correlación de la variable y dimensión expuesta. Como resultado tenemos (0,126), no obstante, al ser mayor que (0,05) se acepta la Hipótesis Nula.

La correlación de ambas variables es de (-0,173), según The SAGE Glossary of the Social and Behavioral Sciences (52), podemos decir que existe una relación negativa media.

Se concluyó que **NO** existe relación en los estilos de vida y riesgo de caídas en su dimensión deambulación en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo, Tarma – Junín 2022.

6.2 Contrastación de los resultados con otros estudios similares.

Se ha contrastado algunas investigaciones realizadas a nivel nacional e internacional, que han estudiado las variables de estilos de vida y riesgo de caídas ,de manera unilateral,dado que en ningún repositorio,se encuentra la relación de ambas variables,sin embargo; si trabajan con la población adulta mayor,el cual se considera y va acorde,con el planteamiento de nuestro estudio.

En nuestro estudio realizado en adultos mayores del Centro Poblado de Tarmatambo,se encontró respecto a los estilos de vida que el 56,96 %, de los adultos mayores presentan estilos de vida deficientes,en las dimensiones mas afectadas se encuentra la parte nutricional, donde el 53,16% solo algunas veces mantienen una buena nutrición,el 49,37% algunas veces realiza ejercicios físicos,el 44,30% no tiene responsabilidad en salud,el 45,57% no tiene la capacidad para manejo del estrés, el 50,63% no cuenta con soporte interpersonal y el 59,49% sólo algunas veces manifiesta autorrealización. Al contrastar con los resultados se compara con un estudio similar de Serrano M. (7) esta investigación buscó relacionar los estilos de vida y estado nutricional del adulto mayor de un Centro de salud donde el 50,90 % los adultos mayores tienen estilos de vida no saludables y las dimensiones más afectadas se encuentran el aspecto nutricional,falta de ejercicios y no presentan responsabilidad en salud; entonces se concluye que podemos determinar la similitud en esta variable dado que nuestro estudio ha sido aplicado en un Centro Poblado ,donde los servicios de salud son

limitados y los adultos mayores enfocan su tiempo en trabajar en la chacra y no tienen la cultura de emplear su tiempo en el autocuidado de la salud.

A diferencia del estudio de Espinoza F. (17) ,donde realizó un estudio sobre la relación de estilos de vida y depresión en los adultos mayores de un Centro del Adulto Mayor de Sullana de ESSalud, nos demuestra que el 53.3 % de su población tuvo un estilo de vida saludable,y en sus dimensiones no tiene mucha relevancia dado que, menos del 30% tiene aspectos negativos en sus indicadores;entonces se concluye que mientras los adultos mayores reciban una mejor atención en salud, cómo es la participación de un Centro del Adulto Mayor, donde reciben servicios multidisciplinarios y recreativos, aumenta la probabilidad de un envejecimiento más saludable.

En los resultados de la variable riesgo de caída de nuestro estudio se mencionó que el 92.4 % de adultos mayores tienen un alto riesgo de caída ,dónde las dimensiones más afectadas,como factores condicionantes al riesgo de caídas,fueron la toma de medicamentos, donde el 65,1 %, tomó algún tipo de medicamento entre 1 a 4 pastillas ; en el estado mental el 57 % manifestó un estado confuso y frente a caídas previas el 64,8% manifestó haberse caído con frecuencia anteriormente,comparando con el estudio de Quispe B. (21) en su estudio asociativo de Capacidad funcional y riesgo de caídas en pacientes adultos mayores con gonartrosis del hospital de rehabilitación del Callao, menciona que el promedio de la edad de estos adultos mayores viene a de ser 76.8 años, presentando riesgo de caída alta un 70%; los factores condicionantes al riesgo de caída se evidenció en la toma de medicamentos con 87% y déficit sensorial con 79%.

Al comparar con otro estudio, Quiñones G.(18) realizó una investigación observacional- transversal ,donde evaluó los Riesgo de caídas en los pacientes adultos mayores del Hospital Geriátrico de la Policía San José donde mencionó

que el 70 % de sus adultos mayores tuvieron un alto riesgo de caídas y un 30 % un bajo riesgo de caídas; donde se determinó la coincidencia en sus factores condicionantes al riesgo de caída en la toma de medicamentos con un 87%,y en nuestra investigación el 60.86 % de adultos mayores, toman entre uno a cuatro medicamentos.

Por ende se concluye que la toma de medicamentos en los casos mencionados,puede ocasionar mayor riesgo de caída en los adultos mayores.

6.3. Responsabilidad ética de acuerdo a los reglamentos vigentes

Para la realización del presente estudio de investigación ,obtuvimos autorización de la jefatura del Centro de Salud de Tarmatambo ,que pertenece a la Red de Salud Tarma,quien nos dió las facilidades para tener acceso a los datos principales de los adultos mayores,teniendo en cuenta los principios éticos,y poder realizar la convocatoria para la toma de las encuestas ,en el establecimiento del Centro de Salud.

Se tomó en consideración los principios éticos de autonomía y justicia,ya que los pacientes que participaron fueron previamente informados del los objetivos del estudio respetando su libertad de participar voluntariamente y manteniendo el anonimato,garantizando la confidencialidad de la información recogida.

Respecto al principio ético de la beneficencia,la información extraída de los adultos mayores,no fue revelada,ni divulgada para otros fines.

En el desarrollo del presente estudio se respetó la autoría de las investigaciones tomadas como referencia para las citas y referencias bibliográficas mencionadas,aplicando el estudio vancouver,para su citado ,de acuerdo a las normas de la Universidad.

Declarando los mencionado,las investigadoras declaramos bajo juramento que el trabajo realizado es creación propia.

VII. CONCLUSIONES

- b) Existe una relación significativa de estilos de vida y riesgo de caídas, porque se acepta la hipótesis alterna con un valor de $p= 0,000$, donde 74,68% (59) adultos mayores presentaron estilos de vida deficientes y un riesgo alto de caída, el 6,33% (5) adultos mayores presentaron estilos de vida saludables y un riesgo bajo de caída.
- c) Existe una relación significativa de estilos de vida y riesgo de caídas en su dimensión caídas previas, porque se acepta la hipótesis alterna con un valor de $p= 0,018$, donde el 51,90% (41) adultos mayores presentaron estilos de vida deficientes y si tuvieron caídas previas, el 6,33% (5) adultos mayores presentaron estilos de vida saludables y no tuvieron caídas previas.
- d) Existe una relación significativa de estilos de vida y riesgo de caídas en su dimensión medicamentos, porque se acepta la hipótesis alterna con un valor de $p= 0,001$, donde el 24,05% (19) adultos mayores presentaron estilos de vida deficientes y toman 2 medicamentos, el 6,33% (5) adultos mayores presentaron estilos de vida saludables y no toman medicamentos.
- e) No existe una relación significativa de estilos de vida y riesgo de caídas en su dimensión déficit sensorial, porque se acepta la hipótesis nula con un valor de $p= 0,273$, donde el 31,65% (4251) adultos mayores presentaron estilos de vida deficientes y tienen 2 déficits sensoriales, el 5,06% (4) adultos mayores presentaron estilos de vida saludables y no tienen déficit sensorial.
- f) Existe una relación significativa de estilos de vida y riesgo de caídas en su dimensión estado mental, porque se acepta la hipótesis alterna con un valor

de $p= 0,004$, donde el 48,10% (38) adultos mayores presentaron estilos de vida deficientes y mantienen un estado mental confuso, el 6,33% (5) adultos mayores presentaron estilos de vida saludables y mantienen un estado mental orientado.

- g) No existe una relación significativa de estilos de vida y riesgo de caídas en su dimensión deambulación, porque se acepta la hipótesis alterna con un valor de $p= 0,126$, donde el 70,89% (56) adultos mayores presentaron estilos de vida deficientes y deambulan con ayuda, el 2,53% (2) adultos mayores presentaron estilos de vida saludables y deambula con normalidad.

VIII. RECOMENDACIONES

a) Coordinar con el personal de salud del Puesto de Salud de Tarmatambo y programar actividades como; talleres educativos y demostrativos de autocuidado en la salud ,de estimulación cognitiva ,de ejercicios físicos, manualidades ,TAI CHI, actividades recreativas ;caminatas, trotes que fomenten los estilos de vida saludables a nuestros adulto mayores,de manera regular.

b) Capacitar a los familiares y/o cuidadores,con temas de cuidado para el adulto mayor en el hogar ,en cinco aspectos esenciales como: la parte nutricional,física,psicológica,social y legal, haciendo incidencia en la prevención de las barreras arquitectónicas y el uso de apoyo biomecánico (bastón) para la marcha,de manera continua de sus adultos mayores y por ende prevenir las caídas.

c) Reforzar estrategias de convenio con el Puesto de Salud Tarmatambo – Microred Tarma con la Red Tarma y universidades aledañas, para la programación de Atenciones Integrales mensuales.

d) Implementar estrategias de apoyo social con Caritas o el Ministerio de la Mujer ,para que este estudio pueda ser referente en las evaluaciones sociales de la Municipalidad de Tarma,y de esa manera puedan mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

e) A los futuros investigadores continuar con los estudios sobre estilos de vida y riesgo de caída,para su futura proyección como apoyo social.

IX. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Naciones Unidas. Desafios Globales en el Envejecimiento. [Online]. Estados Unidos,2019 , [citado 26 de setiembre de 2022].Disponible de:

<https://www.un.org/es/global-issues/ageing>

2. Comisión Económica para América Latina.El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿hacia una relación de dependencia favorable?.[Online].United Nations 2022.[citado 26 de setiembre de 2022].Disponible de:

<https://www.cepal.org/es/publicaciones/7152-envejecimiento-la-poblacion-latinoamericana-relacion-dependencia-favorable>

3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la Población Adulto Mayor. [Online]. Perú; 2020, [citado 26 de setiembre de 2022].Disponible de:

<https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-poblacion-adulta-mayor-oct-nov-dic-2020.pdf>.

4. DIRESA Junín. Atención Integral para Adultos Mayores [Online] Huancayo,2019,[citado 26 de setiembre de 2022].Disponible de:

http://www.diresajunin.gob.pe/noticia/id/2019082217_diresa_junin_gestiona_salud_integral_para_adultos_mayores/

5. Nota de Prensa del Ministerio de la Salud. Uno de cada tres adultos mayores de 65 años sufre una caída. [Online]Lima,2018 ,[citado 26 de setiembre de 2022].Disponible de:

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/23629-uno-de-cada-tres-adultos-mayores-de-65-anos-sufre-una-caida>

6. Ministerio de Salud. Con prevención y evaluación médica se puede reducir incidencia de caídas en adultos mayores. [Online]. Lima; 2009 [cited 2021 octubre 30. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/38145-con-prevencion-y-evaluacion-medica-se-puede-reducir-incidencia-de-caidas-en-adultos-mayores>.

7. María Esther Serrano Serrano. “Estilo De Vida Y Estado Nutricional Del Adulto Mayor Del Centro De Salud Venezuela De La Ciudad De Machala” [Tesis de Licenciatura]. Ecuador: Universidad Nacional De Loja, 2018 [citado 26 de setiembre de 2022]. 102 p. Disponible de :

<https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/20628/1/TESIS%20MARIA%20SERRANO.pdf>

8. García M. “Análisis descriptivo de las caídas y factores de riesgo asociados en personas mayores institucionalizadas de la Región de Murcia”. [Tesis de doctorado en internet]. Murcia: Universidad Católica de Murcia, 2017 [citado 26 de setiembre de 2022]. 257 p. Disponible de :

<http://repositorio.ucam.edu/bitstream/handle/10952/2936/Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

9. Loreto M. y Lavedán A. “Análisis de la Fragilidad en la población mayor de Castellón de la Plana”. [Tesis de doctorado en internet]. Castellón: Universidad Jaume, 2017 [citado 26 de setiembre de 2022]. 189 p. Disponible de :

https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/387307/2016_Tesis_MolesJulioMPilar.pdf

10. Rodríguez I. et.al, “Evaluación del riesgo de caídas en los adultos mayores del asilo Hogar San José”. [Tesis de Licenciatura en internet]. Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, 2021 [citado 26 de setiembre de 2022]. 79 p. Disponible de:

<http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/16018/1/T-UCSG-PRE-MED-TERA-244.pdf>

11. Saldaña E. "Incidencia de delirium en adultos mayores en urgencias del hospital general de zona no. 50 del imss, slp". [Tesis de diploma de Especialidad en internet]. México: Universidad Autónoma De San Luis Potosí, 2022[citado 26 de setiembre de 2022]. 61 p. Disponible de :

<https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/bitstream/handle/i/7569/Tesis.E.FM.2022.Incidencia.Cruz.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

12. Galarza J. "Elaboración de talleres de capacitación al grupo "Cáritas" enfocados en la prevención de caídas en el adulto mayor al realizar sus actividades dentro del hogar en la isla de Muisne". [Tesis de Licenciatura en internet]. Ecuador: Universidad Central Del Ecuador, 2018 [citado 26 de setiembre de 2022]. 11 p. Disponible de :

<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/15444/1/T-UCE-0020-TO038-2018.pdf>

13. Zagal L. "Nivel De Depresión Relacionado A La Capacidad Funcional Del Adulto Mayor". [Tesis de maestría en internet]. Cuernavaca: Universidad Autónoma del Estado de Morelos, 2021 [citado 26 de setiembre de 2022]. 75 p. Disponible de :

<http://riaa.uaem.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.12055/1666/ZACLVN04T.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

14. Peñaherrera L. "Prevalencia Y Factores De Riesgo Para Hipertensión Arterial En Adultos Mayores En Áreas Urbanas Y Rurales Del Cantón Ambato". [Tesis de grado en internet]. Ecuador: Universidad Técnica De Ambato, 2020 [citado 26 de setiembre de 2022]. 78 p. Disponible de :

<https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/31113/1/PE%C3%91AHERRERA%20L%C3%93PEZ%20%20CLIZBETH%20ANDREA%20%26.pdf>

15. Quesada J. "Propuesta de prevención, atención y rehabilitación del Adulto Mayor con caídas". [Tesis de Licenciatura en internet]. Costa Rica: Universidad de Costa Rica, 2018 [citado 26 de setiembre de 2022]. 132 p. Disponible de :

<http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/13407/1/44522.pdf>

16. Reyes E. "Marcha y Equilibrio del Adulto Mayor y su Estilo de Vida". [Tesis de maestría en internet]. México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2021 [citado 26 de setiembre de 2022]. 62 p. Disponible de :

<https://repositorioinstitucional.buap.mx/bitstream/handle/20.500.12371/16034/20211215203958-5971-T.pdf?sequence=1>

17. Espinoza F. "Estilos de vida y depresión en los adultos mayores ,del Centro del Adulto Mayor de ESSALUD,de la ciudad de Sullana" [Tesis de maestría en internet].Cajamarca:Universidad de Antonio Guillermo Urrel,2016 [citado 26 de setiembre de 2022].87p. Disponible de :

<http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/224>

18. Quiñonez G."Riesgo de caídas en los pacientes adultos mayores del Hospital Geriátrico de la Policía San José, 2016". [Tesis de grado en internet].Lima.Universidad Nacional de San Marcos,2017 [citado 26 de setiembre de 2022] 64 p . Disponible de :

<https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/6156>

19.Gonzalo L."Estilos de Vida y Estado Nutricional relacionados a la Promoción de la Salud en el profesional de la Salud del C.S Santa Clara,Ate-2017" [Tesis de grado en internet].Lima .Universidad Nacional Federico Villareal,2018 [citado 26 de setiembre de 2022] 57 p . Disponible de :

https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RUNF_74ac0a1ef66d92761f4ea0bb745f320f

20. Abrego C. y Ruiz Z. “Capacidad funcional y riesgo de caídas en pacientes adultos mayores atendidos en el centro de atención residencial Geronto Geriátrico Ignacia Rodulfo viuda de Canevaro en el distrito del Rimac, 2018”[Tesis de grado en internet].Lima, Universidad Norberth Winner,2018 [citado 26 de setiembre de 2022] 73 p . Disponible de :

<https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2869/TESIS%20Abrego%20Carmen%20-%20Ruiz%20Zoila.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

21. Quispe Chacón B. Capacidad funcional y Riesgo de caídas en pacientes adultos mayores con gonartrosis del Hospital de Rehabilitación del Callao, 2019.[Tesis de especialidad en internet].Lima,Universidad Norberth Winner,2020.[citado 26 de setiembre de 2022] 66 p.Disponible de:

https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/5655/T061_44878446_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y

22. Nola J. Pender .Promoción de la Salud en la Práctica de Enfermería,[Online]. 8ª edición,Estados Unidos,Publicado por Pearson,2021 , [citado 26 de setiembre de 2022] Disponible de :

<https://www.pearson.com/en-us/subject-catalog/p/health-promotion-in-nursing-practice/P200000001677/9780137408603>

23. Espinoza L.Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad [Online].Rev Cubana Estomatología v.41 n.3 Ciudad de La Habana,2004, [citado 26 de setiembre de 2022] Disponible de :

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000300009

24.Álvarez L. Síndrome de Caídas en el Adulto Mayor. [Online] Revista Médica de Costa Rica y Centroamericana Geriátria LXXI (617) 807 - 810, 2015,[citado 26 de setiembre de 2022] Disponible de :

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2015/rmc154w.pdf>

25.Maya L. Los estilos de vida saludables: componente de la calidad de vida. [Documento en internet]. Colombia; 2001. ,[citado 26 de setiembre de 2022] Disponible de :

http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/promocion_salud/recursos/diplomado/m3/t4/Los_estilos_de_vida_salud_ables.pdf

26. Ministerio de Salud. Documento Técnico: “Organización de los círculos de adultos mayores en los establecimientos de salud del primer nivel de atención” [Online].; 2015 pag. 9 ,[citado 26 de setiembre de 2022] Disponible de :

<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3271.pdf>

27. Organización Mundial de la Salud .Envejecimiento Saludable [Online]. 2016 [citado 26 de setiembre de 2022] Disponible de :

<https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable>

28.Gobierno de Chile “Nutrición y cuidados del Adulto Mayor,recomendaciones para una alimentación saludable”[Online];2004[citado el 16 de Julio del 2022] pág.11. Disponible de :

<https://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/Nutricion-y-Cuidados-del-Adulto-Mayor.pdf>

29. Bermúdez J. y Medina R. "Actividad física y calidad de vida en adultos mayores" Un análisis en la Ciudad de Monterrey [Online]; 2010 [citado el 16 de Julio del 2022] pág.6. Disponible de :

<http://eprints.uanl.mx/4476/1/Capitulos%20de%20libro.pdf>

30. Pontificia Universidad Católica de Chile "Cartillas Educativas Calidad de vida en la vejez Autocuidado de la Salud .Programa Adulto Mayor", Primera edición: Santiago de Chile [Online]; 2012 [citado el 16 de Julio del 2022] pág.6. Disponible de :

http://adultomayor.uc.cl/docs/autocuidado_salud.pdf

31. Buitrago L. et.al. Niveles de ansiedad y estrés en adultos mayores en condición de abandono familiar. [Online] Vol. 6. Num. 17. México: ALFEPSI; 2018. 72 Pág.

<https://integracionacademica.org/attachments/article/203/07%20Ansiedad%20y%20Estres%20-%20L%Buitrago%20L%Cordon%20L%Cortes.pdf>

32. Ministerio de Salud. Orientaciones técnicas manejo de estrés/lineamientos. [Online].; 2010 , [citado 26 de setiembre de 2022] Disponible de :

[www.ins.gob.pe/gxpsites/agxppdwn.aspx 2,4,315,O,S,0,1733%3BS%3B1%3B](http://www.ins.gob.pe/gxpsites/agxppdwn.aspx%202,4,315,O,S,0,1733%3BS%3B1%3B)

33. Mora E. y Triana L. Fortalecimiento de las relaciones interpersonales de los cuidadores y las familias con las personas mayores mediante el aprovechamiento del tiempo libre [Online]. Bogotá. Universidad Colegio Mayor De Cundinamarca. 2019. 126 Pág , [citado 26 de setiembre de 2022] Disponible de :

<https://repositorio.unicolmayor.edu.co/bitstream/handle/unicolmayor/209/1%20PARA%20SUBIR%20Proyecto%20de%20grado%20fortalecimiento%20de%20relaciones%20interpersonales.pdf?sequence=1>

34. Gergen M. El envejecimiento y la autorrealización. [Online] Chile. Red Latinoamericana de Gerontología. 2013, [citado 26 de setiembre de 2022] Disponible de :

<https://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=2889>

35. Terra J. et al. Valoración del riesgo de caídas en ancianos: [Online]. 2014 [citado 26 de setiembre de 2022] Disponible de :

<https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000100004>.

36. Sgaravatti A. Factores de riesgo y valoración de las caídas del adulto mayor. Carta Geriátrica Gerontológica 2011. 4(1) p. 1-36

37. Lord S. et al. Caídas en personas mayores: factores de riesgo y estrategias de prevención. Cambridge University Press, 2001.

38. Cedeño C. Función social de la epidemiología de los medicamentos. Su desarrollo en Cuba. Rev. Cubana Farma. 2008; 36(2):29-3

39. Martínez Q. et al. "Polifarmacia en Adultos Mayores". [Online] Rev. Cubana MGI. 2006; 21(1-2). Citado 17 febrero 2012. Disponible de:

http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_1-2_05/mgi121-205t.htm

40. Centros Gerontológicos Gipuzkoa. Guía Farmacoterapéutica para los pacientes geriátricos. España: Eusko Jaurlaritz-Gobierno Vasco; 2012

41. CIGNA. Confusión, pérdida de memoria y lucidez mental alterada. [Online] Estados Unidos . 2020 [citado 26 de setiembre de 2022] Disponible de :

<https://www.cigna.com/es-us/knowledge-center/hw/temas-de-salud/confusion-prdida-de-memoria-y-lucidez-mental-confu>

42. Duran B. et al. Función sensorial y dependencia en adultos mayores con enfermedad crónica. [Online] Sanus . 2020 [citado 26 de setiembre de 2022] Disponible de :

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S244860942020000300001&lng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S244860942020000300001&lng=es)

43. Cerda L. Manejo del trastorno de marcha del adulto mayor. [Revista Médica Internet] España, 2014 [citado 26 de setiembre de 2022] Disponible de :

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-manejo-del-trastorno-marcha-del-S0716864014700379>

44. Organización Mundial de la Salud. Adulto Mayor y la Sociedad. 2016 .EEUU.

45. Organización Mundial de la Salud .Definición de caídas. [Online] 2022. EE.UU. 2014 [citado 26 de setiembre de 2022] Disponible de :

who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls

46. Organización Panamericana de la Salud. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. [Online]. 2008. 1-46 p.

<https://www.scielosp.org/article/rsap/2017.v19n3/393-395/>

47. Hernández R. Metodología de la Investigación. [Online] Sexta Edición. Pag. 34, 108 Citado el 20 de Noviembre del 2022. Disponible de:

<https://www.esup.edu.pe/wpcontent/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20BaptistaMetodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>

48.Vega-M. Paradigmas en la investigación. Enfoque cuantitativo y cualitativo.[Online]. *European Scientific Journal*,2014 [citado 20 julio del 2021]. 10(15). Disponible de:

[file:///C:/Users/EDITH/Downloads/3477-Article%20Text-10011-1-10 20140530.pdf](file:///C:/Users/EDITH/Downloads/3477-Article%20Text-10011-1-10%20140530.pdf)

49. Ruiz C. . Instrumentos y Tecnicas de Investigación Educativa Octubre 2013,Tercera Edición, Houston, Texas • USA

50. Triviño ZG. Conductas promotoras de salud en estudiantes de una institución de educación superior Aquichan. 2012; 12(3): 275- A 285

51.Gutierrez E. Et al. Utilidad de las escalas de Downton y de Tinetti en la clasificación del riesgo de caída de adultos mayores en la atención primaria de salud.[Online] Cuba. 2022.Acta Médica del Centro / Vol. 16 No. 1 Enero-Marzo 2022. [citado 10 de Diciembre de 2022] Disponible de :

<http://scielo.sld.cu/pdf/amdc/v16n1/2709-7927-amdc-16-01-127.pdf>

52. Leech D. The SAGE Glossary of the Social and Behavioral Sciences; Bagiella, 2007.

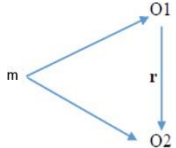
X.

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de Consistencia

TÍTULO DEL PROYECTO : “ESTILOS DE VIDA Y RIESGOS DE CAÍDA DE LOS ADULTOS MAYORES DE 60 a 95 AÑOS DEL CENTRO POBLADO TARMATAMBO,TARMA - JUNÍN 2022”

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	RELACION DE VARIABLES	DIMENSIONES	POBLACIÓN Y MUESTRA	METODO
¿Cuál es la relación entre estilos de vida y riesgos de caída en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo -Tarma -Junín 2022?	Establecer la relación entre estilos de vida y riesgos de caída en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo -Tarma -Junín 2022	Existe relación significativa en los estilos de vida y riesgos de caída en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo,Tarma - Junin 2022	Estilo de Vida y Riesgo de Caídas	Grado de relación	La población serán Adultos mayores entre 60 a 95 años,de ambos sexos,de la Población de Tarmatambo ,censados por la Microred de Salud Tarma. Para hallar el tamaño de la muestra se utilizó el muestreo aleatorio simple con un total de 79.	Enfoque cuantitativo Método descriptivo De corte transversal Diseño no experimental Correlacional

PROBLEMAS ESPECÍFICOS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS ESPECÍFICAS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODO
<p>A). ¿Cuál es la relación entre los estilos de vida y riesgo de caídas en su dimensión caídas previas en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo -Tarma -Junín?</p>	<p>A). Identificar la relación de los estilos de vida y riesgo de caídas en su dimensión caídas previas en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo - Tarma -Junín</p>	<p>H1: Existe relación significativa en los estilos de vida y riesgo de caídas en su dimensión caídas previas en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo,Tarma -Junin</p>	<p>Estilo de vida</p>	<p>Nutrición</p>	<ul style="list-style-type: none"> • tipo de alimentación • frecuencia de alimentación 	 <p>Técnica de la Escala de Liketr</p> <p>Instrumento N° 1:</p>
				<p>Ejercicio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • tipo de ejercicios • frecuencia de ejercicios 	
				<p>Responsabilidad en Salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Autocuidado 	

<p>B). ¿Cuál es la relación entre los estilos de vida y riesgo de caídas en su dimensión medicamentos en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo -Tarma -Junín?</p>	<p>B). Identificar la relación de los estilos de vida y riesgo de caídas en su dimensión medicamentos en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo - Tarma -Junín</p>	<p>H2: Existe relación significativa en los estilos de vida y riesgo de caídas en su dimensión medicamentos en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo,Tarma -Junin</p>		<p>Manejo del estrés</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Autocuidado 	<p>Cuestionario de Perfil de Estilo de Vida (PESP-I)</p>
				<p>Soporte interpersonal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Socioafectivas 	
				<p>Autoactualización</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Autorrealización 	
<p>C). ¿Cuál es la relación entre los estilos de vida y riesgo de caídas en su dimensión déficit sensorial en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo -Tarma -Junín?</p>	<p>C). Identificar la relación de los estilos de vida y riesgo de caídas en su dimensión déficit sensorial en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo - Tarma -Junín</p>	<p>H3: Existe relación significativa en los estilos de vida y riesgo de caídas en su dimensión deficit sensorial en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo,Tarma -Junin</p>	<p>Riesgo de Caídas</p>	<p>Caídas previas</p>	<p>- NO - SI</p>	<p>Instrumento N° 2</p> <p>Escala de Riesgo de Caídas de J.H. Downton.</p>
				<p>Medicamentos</p>	<p>- Ninguno -Tranquilizantes, Sedantes - Diuréticos -Hipotensores (no diuréticos) - Antiparkinsonianos - Antidepresivos- Otros medicamentos</p>	
<p>D). ¿Cuál es la relación entre los estilos de vida y riesgo de caídas en su dimensión estado mental en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo -Tarma -Junín?</p>	<p>D). Identificar la relación de los estilos de vida y riesgo de caídas en su dimensión estado mental en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo - Tarma -Junín</p>	<p>H4: Existe relación significativa en los estilos de vida y riesgo de caídas en su dimensión estado mental en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo,Tarma -Junin</p>				

					<ul style="list-style-type: none"> - Ninguno - Alteraciones auditivas - Alteraciones visuales -Extremidades (parálisis, paresia) 	
				Estado Mental	<ul style="list-style-type: none"> - Orientado - Confuso 	
E). ¿Cuál es la relación entre los estilos de vida y riesgo de caídas en su dimensión deambulación en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo -Tarma -Junín?	E). Identificar la relación de los estilos de vida y riesgo de caídas en su dimensión deambulación en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo - Tarma -Junín	H5: Existe relación significativa en los estilos de vida y riesgo de caídas en su dimensión deambulación en las personas adultas mayores de 60 a 95 años del Centro Poblado de Tarmatambo, Tarma -Junin		Deambulación	<ul style="list-style-type: none"> - Normal - Asistida con elementos de apoyo - Reposo, absoluto postrado 	

Anexo 2. Escala de Riesgo de J.H Dowton

ESCALA DE RIESGO J.H. DOWNTON



El presente cuestionario se está realizando con el objetivo de recolectar información para el estudio de caídas previas de los Adultos Mayores.

N°	CRITERIOS DE EVALUACIÓN	VARIABLES	PUNTAJE
1	Caídas previas	No	0
		Si	1
2	Medicamentos	Ninguno	0
		Tranquilizantes, Sedantes	1
		Diuréticos	1
		Hipotensores (no diuréticos)	1
		Antiparkinsonianos	1
		Antidepresivos	1
		Otros medicamentos	1
3	Déficits sensoriales	Ninguno	0
		Alteraciones auditivas	1
		Alteraciones visuales	1
		Extremidades (parálisis, paresia)	1
4	Estado Mental	Orientado	0
		Confuso	1
5	Deambulación	Normal	0
		Segura con ayuda	1
		Insegura con/sin ayuda	1
		Imposible	1
PUNTAJE TOTAL			

N°	PUNTAJE TOTAL	TOTAL
1	Puntaje total de Caídas Previas	
2	Puntaje total de Medicamentos	
3	Puntaje total de Déficit Sensoriales	
4	Puntaje total de Estado Mental	
5	Puntaje total de Deambulación	

N.A.	No Aplica
Riesgo Bajo	0 a 2 puntos
Riesgo Alto	3 a más puntos

Anexo 3. Cuestionario de Perfil del Estilo de Vida

Cuestionario de Perfil del Estilo de Vida (PEPS – I), (1996)

El presente cuestionario se está realizando con el objetivo de recolectar información para el estudio sobre los Estilos de Vida en el Adulto Mayor. No hay respuesta correcta o incorrecta, solo es tu forma de vivir.

A continuación, le agradeceremos llenar el siguiente cuestionario, por favor, llenar los espacios en blanco y marcar con una X en donde corresponda.

Nombre y Apellidos:.....

Sexo: (F) (M) Edad:..... Peso:..... Talla:.....

1	2	3	4
NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	RUTINARIAMENTE

N°	ITEM	1	2	3	4
1	Tomas algún alimento al levantarte por las mañanas	1	2	3	4
2	Seleccionas comidas que no contienen ingredientes artificiales o químicos para conservarlos (sustancias que eleven tu presión arterial)	1	2	3	4
3	Comes tres comidas al día	1	2	3	4
4	Lees las etiquetas de los alimentos empaquetados para identificar nutrientes (artificiales, naturales, colesterol, sodio o sal, conservadores)	1	2	3	4
5	Incluyes en tu dieta alimentos que contienen fibra (granos enteros, frutas y verduras crudas)	1	2	3	4
6	Planeas o escoges comidas que incluyan los cuatro grupos básicos de nutrientes cada día (proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas)	1	2	3	4
7	Realizas ejercicios para relajar tus músculos al menos 3 veces por semana	1	2	3	4
8	Realizas ejercicio vigoroso por 20 o 30 minutos al menos tres veces a la semana	1	2	3	4

9	Participas en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión	1	2	3	4
10	Controlas tu pulso durante el ejercicio físico	1	2	3	4
11	Realizas actividades físicas de recreo como caminar, nadar, jugar fútbol, ciclismo	1	2	3	4
12	Relatas al Médico cualquier síntoma extraño relacionado con su salud	1	2	3	4
13	Conoces el nivel de colesterol en tu sangre (miligramos en sangre)	1	2	3	4
14	Lees revistas o folletos sobre cómo cuidar tu salud	1	2	3	4
15	Le preguntas a otro médico o buscas otra opción cuando no estás de acuerdo con lo que el tuyo recomienda para cuidar tu salud	1	2	3	4
16	Debates con profesionales calificados tus inquietudes respecto al cuidado de tu salud	1	2	3	4
17	Haces medir tu presión arterial y sabes el resultado	1	2	3	4
18	Asistes a programas educativos sobre el mejoramiento del medio ambiente en que vives	1	2	3	4
19	Encuentras maneras positivas para expresar tus sentimientos	1	2	3	4
20	Observas al menos cada mes tu cuerpo para ver cambios físicos o señales de peligro	1	2	3	4
21	Asistes a programas educativos sobre el cuidado de la salud personal	1	2	3	4
22	Tomas tiempo cada día para el relajamiento	1	2	3	4
23	Eres consciente de las fuentes que producen tensión (comúnmente nervios) en tu vida	1	2	3	4
24	Pasas de 15 a 20 minutos diariamente en relajamiento o meditación	1	2	3	4
25	Relajas conscientemente tus músculos antes de dormir	1	2	3	4
26	Te concentras en pensamientos agradables a la hora de dormir	1	2	3	4
27	Pides información a los profesionales para cuidar tu salud	1	2	3	4
28	Usas métodos específicos para controlar la tensión (nervios)	1	2	3	4

29	Discutes con personas cercanas tus preocupaciones y problemas personales	1	2	3	4
30	Elogias fácilmente a otras personas por sus éxitos	1	2	3	4
31	Te gusta expresar y que te expresen cariño personas cercanas a ti	1	2	3	4
32	Mantienes relaciones interpersonales que te dan satisfacción	1	2	3	4
33	Pasas tiempo con amigos cercanos	1	2	3	4
34	Expresas fácilmente interés, amor y calor humano hacia otros	1	2	3	4
35	Te gusta mostrar y que te muestren afecto con palmadas, abrazos y caricias, por personas que te importan (familiares, compañeros y amigos)	1	2	3	4
36	Te quieres a ti misma(o)	1	2	3	4
37	Eres entusiasta y optimista con referencia a tu vida	1	2	3	4
38	Creer que estás creciendo y cambiando personalmente en direcciones positivas	1	2	3	4
39	Te sientes feliz y contento(a)	1	2	3	4
40	Eres consciente de tus capacidades y debilidades personales	1	2	3	4
41	Trabajas en apoyo de metas a largo plazo en tu vida	1	2	3	4
42	Miras hacia el futuro	1	2	3	4
43	Eres consciente de lo que te importa en la vida	1	2	3	4
44	Respetas tus propios éxitos	1	2	3	4
45	Ve cada día como interesante y desafiante	1	2	3	4
46	Encuentras agradable y satisfecho el ambiente de tu vida	1	2	3	4
47	Eres realista en las metas que te propones	1	2	3	4
48	Creer que tu vida tiene un propósito	1	2	3	4

N°	SUBS ESCALAS	N° VARIABLES	REACTIVOS
----	-----------------	-----------------	-----------

1	Nutrición	6	1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 -
2	Ejercicio	5	7 - 8 - 9 - 10 - 11 -
3	Responsabilidad en salud	10	12 - 13 - 14 - 15 - 16 - 17 - 18 - 19 - 20 - 21 -
4	Manejo del estrés	7	22 - 23 - 24 - 25 - 26 - 27 - 28
5	Soporte interpersonal	7	29 - 30 - 31 - 32 - 33 - 34 - 35
6	Autoactualización	13	36 - 37 - 38 - 39 - 40 - 41 - 42 - 43 - 44 - 45 - 46 - 47 - 48 -

N°	CLASIFICACION	PUNTAJE
1	Hábitos personales deficientes	48 al 96 pts
2	Hábitos personales suficientes	97 al 145 pts
3	Hábitos personales saludables	146 al 192 pts

Anexo 4. Análisis de Confiabilidad

La verificación de la confiabilidad de la variable, utilizaremos la siguiente tabla, propuesta por Tomado de Ruiz Bolívar|

ii, ver tabla 1

Tabla 1 VALORES DE CONFIABILIDAD DEL ALFA DE CRONBACH

Rangos	Magnitud
0,81 a 1,00	Muy Alta
0,61 a 0,80	Alta
0,41 a 0,60	Moderada
0,21 a 0,40	Baja
0,01 a 0,20	Muy Baja

Fuente: Tomado de Ruiz Bolivar (2002) .

- Análisis de confiabilidad de la “**ESTILOS DE VIDA**”

Según los valores propuestos, por tomado de Ruiz de Bolivar del año (2002), ver tabla 1, podemos asegurar que la variable Estilos de Vida tiene muy alta confiabilidad, ya que el resultado el alfa de Cronbach fue de 0,913. ver Tabla 2

Tabla 2 Alfa de Cronbach de la Variable Estilos de Vida

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,913	48

- Análisis de confiabilidad de la “**RIESGO DE CAÍDA**”

Según los valores propuestos, por tomado de Ruiz de Bolivar del año (2002), ver tabla 1, podemos asegurar que la variable Riesgo de Caída tiene alta confiabilidad, ya que el resultado el alfa de Cronbach fue de 0,613. ver Tabla 3

Tabla 3 Alfa de Cronbach de la Variable Riesgo de Caídas

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,613	15

Anexo 5- Resolución del Instrumento de Riesgo de Caídas.

Ministerio de Salud
Instituto de Gestión II
Servicios de Salud
Hospital Nacional
"Dos de Mayo"

REPUBLICA DEL PERU

Nº 0099-2016/D/HNDD

Resolución Directoral

Lima, 21 de Abril de 2016

VISTO: el Expediente Administrativo Nº 005792-2016, que contiene el proyecto de la "Directiva Sanitaria Nº 002-2016-DG-DA-OGC-HNDM-V.01. - Buenas Prácticas de Atención: Prevención de Caídas y Úlceras por Presión. Medicación Correcta";

CONSIDERANDO:




Que, la Ley Nº 26842 - Ley General de Salud, establece que la protección de la salud es de interés Público y por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla, en el artículo VI del Título Preliminar de la norma legal citada en su primer párrafo establece que es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, mediante Decreto Supremo Nº 013-2006-SA, aprueba el Reglamento de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, el cual tiene por objetivo establecer los requisitos y condiciones para la operación y funcionamiento de los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, orientados a garantizar la calidad de sus prestaciones, así como los mecanismos para la verificación, control y evaluación de su cumplimiento;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 456-2007/MINSA, se aprueba la Norma Técnica de Salud Nº 050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", cuya finalidad es contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos; asimismo, la citada Norma Técnica de Salud establece que, el proceso de acreditación comprende dos fases: Autoevaluación y Evaluación Externa, definiendo a la primera como: "La fase inicial obligatoria del proceso de Acreditación, en el cual los Establecimientos de Salud cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos, previamente formados, quienes harán uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizarán una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 727-2009/MINSA, se aprobó el Documento Técnico: "Política Nacional de Calidad en Salud", cuya finalidad es Contribuir a la mejora de la calidad de la atención de salud en las organizaciones proveedoras de servicios de salud mediante la implementación de directrices emanadas de la Autoridad Sanitaria Nacional, con el objetivo de establecer las directrices que orienten al desarrollo de las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de la atención de salud en el sistema de salud del Perú;

Que, mediante Resolución Ministerial Nº 526-2011/MINSA, se aprobó las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", mediante el cual define como Guía Técnica al "Documento normativo con el que se define por escrito y de manera detallada el desarrollo de determinados procesos, procedimientos y actividades administrativas, asistenciales o sanitarias"; asimismo se indica que a las "Guías Técnicas pueden ser del campo administrativo, asistencial o sanitario, cuando se aboca al diagnóstico o tratamiento de un problema clínico recibe el nombre de



Clasificación:

Leve: El paciente presenta síntomas leves o la pérdida funcional o el daño que presenta son mínimos o intermedios, de corta duración y no es necesaria la intervención o esta es mínima sin prolongar la estancia. Por ejemplo en este tipo de daño pueden solicitarse exámenes auxiliares o es necesario administrar un tratamiento de poca cantidad.

Moderado: Cualquier evento adverso que necesita de intervención, como por ejemplo una cirugía al paciente, prolonga la estancia hospitalaria del paciente o que causa un daño o pérdida funcional temporal.

Grave: El paciente requiere una intervención que le salve la vida o una intervención quirúrgica o médica mayor, acorta la esperanza de vida, o causa un daño o pérdida funcional importante y permanente o de larga duración.

- **Incidente:** Evento que no ha causado daño pero es susceptible de provocarlo en otras circunstancias o que pudiera favorecer la aparición de un evento adverso.
- **Factores de riesgos extrínsecos o ambientales:** Son factores presentes en el entorno inmediato en el que se mueve el paciente, pueden facilitar las caídas o incrementar las consecuencias graves de estas (Haines, Cornwell, Fleming, Varghese y Gray, 2008).
- **Factores de riesgos intrínsecos:** Son aquellos factores asociados a la situación personal de salud del paciente que pueden determinar un aumento del riesgo de caídas (Kim, Lee, y Eom, 2008).
- **Caída:** Consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al individuo al suelo en contra de su voluntad (OMS).
- **Riesgo de caídas:** Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico (Taxonomía NANDA-2009-2011).
- **Escala de valoración de riesgo de caídas J.H. Downton:** Es un instrumento validado a nivel internacional, que estandariza la evaluación del riesgo de caídas en pacientes adultos hospitalizados cuya aplicación orienta la puesta en práctica de medidas de prevención de caídas. **Anexo 03**
- **Escala de valoración de riesgo de caídas Macdems:** Es un instrumento validado a nivel internacional, que estandariza la evaluación del riesgo de caídas en pacientes pediátricos hospitalizados cuya aplicación orienta la puesta en práctica de medidas de prevención de caídas. **Anexo 04**
- **Contención mecánica:** La contención mecánica o física es una medida terapéutica excepcional dirigida a la inmovilización parcial o generalizada de la mayor parte del cuerpo en el paciente que lo precise, para tratar de garantizar la seguridad de él mismo o de los demás.
En los pacientes con patología psiquiátrica la contención mecánica debe realizarse de acuerdo a los estándares internacionales específicos.
- **Úlceras por Presión:** La Úlcera por Presión (UPP) puede definirse como cualquier área de daño en la piel y tejido subyacente causado por la presión prolongada sobre un plano duro, no necesariamente intensa, e independiente de la posición.
- **Riesgo de Úlceras por Presión:** Es la presión misma que causa el cierre de los capilares, disminuyendo el aporte de oxígeno a los tejidos. Sin embargo, existen una serie de situaciones o factores de riesgo que aumentan la probabilidad de desarrollar úlceras en la situación propicia.
- **Escala de Norton:** es una escala de valoración del riesgo de úlceras por presión (UPP). Cada apartado de puntúa sobre una escala de 1 a 4, donde 1 significa el estado

Anexo 6. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo

.....He
recibido información suficiente sobre la investigación denominada “ESTILOS DE VIDA Y RIESGOS DE CAÍDA DE LOS ADULTOS MAYORES DE 60 a 95 AÑOS DEL CENTRO POBLADO TARMATAMBO -TARMA - JUNÍN 2022” ,para la cual se pide mi participación,he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la misma. Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio si lo veo por conveniente; también comprendo que la información que proporcione no repercutirá negativamente en la atención de salud que vengo recibiendo.

Por lo dicho, “Acepto libremente participar de la investigación mencionada”

Para que conste firmo al pie de este documento:

D. N.I.

Tarma,.....dedel 2022

Anexo 7.Base de Datos SPSS

	ESTILOS DE VIDA																																																						
	A01	A02	A03	A04	A05	A06	A07	A08	A09	A10	A11	A12	A13	A14	A15	A16	A17	A18	A19	A20	A21	A22	A23	A24	A25	A26	A27	A28																											
1	1	2	2	1	2	2	2	4	1	1	2	2	2	2	2	1	2	1	1	1	3	1	1	1	1	3	3	3	3	2	1	1	1	1	3	2	2	2	2																
2	1	1	3	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2															
3	2	2	2	1	2	2	1	1	1	3	4	3	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	2	3	3	2	2	1	1	1	3	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	2													
4	1	4	2	1	2	2	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	3	3	3	1	1	3	1	1	2	2	2	2	2	2										
5	2	1	2	3	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	3	1	1	2	1	3	2	1	1	2	2	1	1	2	1	1	2	1	3	1	3	2	2	2	3								
6	3	3	4	4	3	1	3	2	1	2	3	3	2	1	2	1	4	3	2	2	1	2	3	2	2	1	1	3	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	4	3	2	3	1	2	3	3	3								
7	1	2	3	2	2	1	1	3	1	1	2	1	3	2	1	1	3	2	1	3	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	3	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1									
8	2	3	1	3	2	1	1	2	1	2	3	1	2	3	2	3	2	3	2	2	1	1	1	2	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2	3	3	1	2	2	2									
9	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	3	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	3	2	3	2	2	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1								
10	3	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	3	2	2	3	2	1	1	2	2	2	3	2	1	1	1	2	1	2	2	1							
11	1	2	4	1	4	1	1	3	1	3	2	1	3	1	2	2	3	3	2	1	2	3	2	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	3	4	3	3	2	3	2	1	1	1	2	2	2	2								
12	1	2	1	2	2	2	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1							
13	1	4	4	1	4	2	4	2	2	1	1	3	2	1	4	2	1	3	4	2	4	1	1	4	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1						
14	4	3	3	1	1	1	1	1	1	1	2	2	4	1	1	1	1	2	1	1	3	1	4	4	4	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	2	2	3	1	1	1	2	3	2	3	2	2					
15	4	1	2	1	1	2	1	4	2	3	2	4	1	3	1	3	4	3	4	3	3	2	1	3	2	1	3	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	4	3	2	3	3	2	3						
16	1	2	4	1	2	4	3	4	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	2	2	1	4	2	1	2	4	1	2	2	1	2	2	1	4	4	4	4					
17	4	3	4	3	4	2	3	4	3	2	3	4	3	2	2	3	3	4	4	4	3	2	2	3	3	4	3	2	2	2	3	3	4	4	4	3	4	2	3	3	4	4	3	4	2	3	4	4							
18	4	2	4	1	2	2	1	2	1	1	2	2	4	1	2	1	4	2	2	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	3	1	1	1	3	1	1	3	3	2	1	2						
19	2	2	4	4	4	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	2	2	3	3	3	2	1	2	1	1	2	2	3	4	2	1	3	3	3	3							
20	4	2	2	3	2	4	4	2	1	1	2	4	1	1	2	3	1	1	2	2	1	4	3	3	2	2	3	3	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	4	1	1	1	1	1	3	2	2	2	1				
21	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1					
22	2	3	1	1	2	4	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	3	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2					
23	4	2	1	2	1	2	1	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	1	1	1	2	1	2	1	1	2	1	4	4	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	4	4	3	4	1	2	2	4	3	3	2	2	3			
24	3	3	2	1	3	3	1	2	1	1	3	2	2	1	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				
25	2	2	1	2	1	1	2	2	2	1	4	2	2	1	2	1	1	1	2	3	2	1	1	2	3	2	1	1	2	2	1	2	2	1	4	2	4	2	2	2	1	4	2	4	1	2	1	2	3	2	4	4	1	2	2
26	1	2	3	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2	3	1	1	3	2	2	1	1	2	2	1	1	4	1	3	1	2	1	1	1	2	4	4	3	4			
27	2	4	2	2	3	3	2	1	1	1	4	2	2	4	3	3	3	1	3	1	1	2	1	1	3	1	1	2	1	1	3	1	2	2	4	1	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
28	2	1	4	1	4	2	3	1	1	1	3	4	1	1	2	1	1	1	2	3	1	3	1	1	1	2	3	1	1	1	2	1	1	1	3	2	1	3	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2			
29	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
30	1	2	3	1	1	2	2	2	2	2	3	1	2	2	2	1	3	3	1	1	3	2	3	2	3	3	1	3	2	1	1	2	1	1	1	3	3	3	1	3	2	2	1	2	3	3	2	2	2	2	2	2			
3	2	2	4	1	3	4	1	2	1	1	4	3	1	2	1	1	4	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		

64	3	3	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	2	3	3	2	1	1	1	2	3	2	1	2	3	1	1	2	2	2	2	3	2	3	1	1	1	1	1	1	1						
65	1	2	2	2	2	3	1	3	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	3	4	3	4	3	1	2	3	2	2	3	3	1	2	2	2
66	1	2	1	1	1	2	2	2	2	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	3	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1		
67	1	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	2	1	1	2	2	1	4	1	1	1	4	1	4	4	4	1	3				
68	4	1	1	1	2	4	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	3	1	1	2	4	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	2	1	3	1	3	2	1	1	2	3	2	1			
69	4	1	2	4	1	2	1	2	4	2	1	1	4	1	1	3	4	3	4	1	3	1	1	1	1	1	1	3	1	4	4	4	3	2	2	2	4	4	3	1	1	1	3	1	2	3	3	2	3					
70	1	2	4	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	2	3	2	4	1	1	1	2	2	1	1	1	1	4	1	1	3	1	1	1	2	1	4	4	1	4	4						
71	2	2	4	2	4	1	3	3	1	2	1	4	1	4	1	1	2	1	4	3	3	3	3	3	3	4	3	4	3	3	2	1	1	1	1	2	3	3	1	1	1	1	1	1	1	3	3	2						
72	2	2	1	2	3	4	1	1	2	1	3	3	3	3	3	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	1	1	3	1	1	1	1	1	1	3	2	2	3	2	3	1	3	3	3	1			
73	1	1	4	1	4	3	2	2	1	1	4	4	1	2	4	4	4	3	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1	2	2	2	4	2	2	1	2				
74	4	1	1	1	1	4	4	1	4	1	4	4	1	1	3	1	1	4	2	1	4	3	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	3	3	2					
75	1	4	1	1	4	1	2	2	1	1	2	1	3	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1							
76	1	2	3	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	3	2	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2						
77	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1					
78	1	4	2	1	2	2	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2					
79	4	3	4	3	4	2	3	4	3	2	3	4	3	2	2	3	3	4	4	4	3	2	2	3	3	4	4	3	2	2	2	3	3	4	4	4	3	4	4	3	4	2	3	3	4	4	3	4	4					

	RIESGO DE CAÍDAS														
	B01	B02	B03	B04	B05	B06	B07	B08	B09	B10	B11	B12	B13	B14	B15
1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0
2	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0
3	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0
4	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0
5	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0
6	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0
7	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0
8	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0
9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
10	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0
11	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0
12	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0
13	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0
14	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0
15	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0

16	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0
17	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0
18	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0
19	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0
20	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0
21	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0
22	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0
23	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0
24	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0
25	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0
26	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0
27	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0
28	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0
29	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0
30	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0
31	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0
32	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0
33	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0
34	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0
35	1	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0
36	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0
37	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0
38	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0
39	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0
40	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0
41	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0
42	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0
43	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
44	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0
45	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0
46	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0
47	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0
48	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0
49	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0
50	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0
51	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0
52	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0
53	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1
54	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0
55	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0
56	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0

57	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0
58	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0
59	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
60	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0
61	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0
62	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0
63	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
64	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0
65	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0
66	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0
67	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0
68	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0
69	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0
70	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0
71	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0
72	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0
73	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1
74	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0
75	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0	0
76	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0
77	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0
78	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
79	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0

OTROS ANEXOS

Otros anexos 1.Solicitud de Permiso

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD DE POSGRADO



“AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL”

SOLICITO:

PERMISO PARA REALIZAR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Lic. José Pimentel Flores

DIRECTOR DE LA MICRORED DE SALUD TARMA

De nuestra especial consideración exponemos lo siguiente:

Es grato dirigirme ante Usted y saludarlo cordialmente a nombre de: Sammy Nuñez Jhoanna Edith de profesión Lic. Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación y Torres Vega Guissela Emperatriz de profesión Licenciada en Enfermería. Solicitamos ante su despacho el permiso para realizar el trabajo de Investigación en el Puesto de Salud “Tarmatambo” de la Micro Red Tarma que Usted dignamente dirige, denominado **“ESTILOS DE VIDA Y RIESGOS DE CAÍDA DE LOS ADULTOS MAYORES DE 60 a 95 AÑOS DEL CENTRO POBLADO TARMATAMBO -TARMA - JUNÍN 2022”**, para optar el Grado de Maestría en Salud Pública.

POR LO EXPUESTO:

Rogamos a Usted acceder a nuestra solicitud.

Tarma, 01 de Octubre del 2022

SAMMY NUÑEZ JHOANNA

TORRES VEGA GUISSELA

DNI. 70225348

DNI. 70237799

Otros anexos 2. Carta de Aceptación del Centro de Salud de Tarmatambo



"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

MICRORED DE SALUD TARMA

Tarma, 05 de Octubre del 2022

Lic. TM. Sammy Nuñez Jhoana Edith

Lic. Enf. Torres Vega Guissela Emperatriz

Presente

Por este medio, yo Lic. Jose Pimentel Flores Director de la MICRORED DE SALUD TARMA , me complace notificar la aceptación de la aplicación del trabajo de investigación denominado **"ESTILOS DE VIDA Y RIESGOS DE CAÍDA DE LOS ADULTOS MAYORES DE 60 a 95 AÑOS DEL CENTRO POBLADO TARMATAMBO -TARMA - JUNÍN 2022"**, a llevarse a cabo por Sammy Nuñez Jhoana Edith de profesión Lic. Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación y Torres Vega Guissela Emperatriz de profesión Licenciada en Enfermería, con un plazo de treinta (30) días, habiéndose notificado la carta de aceptación.

Sin más que decir, garantizo mi compromiso con Ustedes.

**MINISTERIO DE SALUD
RED DE SALUD TARMA
P.S. TARMATAMBO**

.....
José M. Pimentel Flores
Lic. Enf. CEP: 14487